

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles CAILLET

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien interne des hôpitaux d'Amiens

et lauréat de l'École de Médecine (Médaille d'Argent, 1910)

DES

COMPLICATIONS VÉSICALES

AU COURS DE

L'APPENDICITE

Président : M. P. SEGOND

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN PROFESSEURS		M. LANDOUZY MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHEL
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.	{	WIDAL
Pathologie chirurgicale.		TEISSIER
Anatomie pathologique.		N...
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		MARFAN
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		LETULLE
		ROGER
		CHAUFFARD
Clinique médicale.	{	GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants.		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		DEJERINE
	{	DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		N...
Clinique d'accouchements.	{	BAR
		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agréés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERRER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de respect, de
reconnaissance et d'amour filial.*

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX D'AMIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEUGNIEZ

Directeur honoraire de l'École de Médecine d'Amiens
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux.

*Témoignage d'admiration, de respect et
de reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTELLEMONT

Professeur de pathologie interne
Médecin des Hôpitaux.

Souvenir très affectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

Directeur de l'École de Médecine d'Amiens
Professeur de Clinique obstétricale.

Hommage de respectueuse sympathie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARAVEN

Chef de Clinique chirurgicale à l'École de Médecine.

Souvenir très ému et très reconnaissant.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

*Un Picard qui n'oublie pas ses
compatriotes.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Vous nous avez fait le grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse, nous vous en som-
mes profondément reconnaissant.*

AVANT-PROPOS

Vers la fin de notre seconde année d'internat à l'Hôtel-Dieu d'Amiens (Octobre 1911), nous avons eu l'occasion de rencontrer dans le service de clinique chirurgicale de notre maître, M. le professeur Peugniez, un malade porteur de fistules abdominale et vésicale consécutives à un phlegmon sous-péritonéal d'origine appendiculaire. Frappé de la rareté de ces complications de l'appendicite, nous avons fait des recherches à ce sujet.

M. Caraven, chef de clinique, nous a donné l'idée d'étudier dans notre thèse les complications vésicales au cours de l'appendicite. Nous bornerons là notre sujet, sans aborder les complications appendiculaires des autres parties de l'appareil urinaire.

Mais auparavant, nous manquerions à un devoir qui nous est cher, si à la fin de notre vie d'étudiant, nous ne nous tournions vers ceux qui nous ont fait ce que nous sommes, pour leur témoigner notre reconnaissance :

A l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

MM. JEAN BERNARD, professeur de clinique médicale (actuellement professeur honoraire).

PEUGNIEZ, professeur de clinique chirurgicale.

FOURNIER, professeur de clinique obstétricale.

COURTELLEMONT, professeur suppléant chargé du cours de clinique médicale (actuellement professeur de pathologie interne).

FROIDURE, médecin du service des enfants.

BOUSSAVIT, chirurgien du service des enfants.

DEGOUY, chargé du cours de radiographie.

JEUNET et BAX, chefs de clinique médicale.

JULLIEN et CARAVEN, chefs de clinique chirurgicale.

QUERTANT, chef de clinique obstétricale.

Les docteurs LABARRIÈRE, HAUTEFEUILLE, CHAZARAIN, SOURDAT, MERLE et PION.

A l'Ecole de Médecine d'Amiens

MM. LABARRIÈRE, professeur d'Anatomie.

PRUVOST, professeur suppléant d'anatomie.

PAUCHET, professeur de médecine opératoire.

BRAILLON, professeur de pathologie interne (actuellement professeur de clinique interne).

MOULONGUET, professeur de pathologie externe.

D'HARDIVILLERS, professeur d'histologie.

BOUSSAVIT, professeur de physiologie.

PANCIER, professeur de chimie biologique.

POINTELIN, professeur de physique biologique.

HAUTEFEUILLE, professeur de parasitologie.

MOYNIER de VILLEPOIX, professeur de bactériologie.

FAGE, professeur d'ophtalmologie.

CHARRON, professeur de clinique des maladies mentales

JULLIEN, chef des travaux pratiques d'anatomie et d'histologie.

Dans les hôpitaux de Paris.

M. le professeur Paul BAR, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris.

MM. les professeurs agrégés BRINDEAU, LEQUEU, GUÉNIOT.

MM. DEVRAIGNE et CHIRIÉ, chefs de clinique à la Faculté.

A tous ceux qui nous ont aidés dans l'élaboration de notre thèse, MM. PEUGNIEZ, MOULONGUET, PAUCHET, JULLIEN, PANCIER, — et particulièrement à M. CARAVEN qui a mis tant de complaisance à nous en faciliter la tâche,

Nous adressons nos remerciements.

HISTORIQUE

Dans les *Archives de Médecine* de 1828, un mémoire de MÉNIÈRE traite « des tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite » ; on y trouve l'observation d'un garçon de onze ans dont le pus s'écoula à la fois par la paroi abdominale, par le rectum et par la vessie ; on y trouve également l'observation d'un porteur d'eau de vingt ans dont le phlegmon a disparu par suite du rejet de pus par l'an us et dans les urines.

Quoiqu'é l'auteur n'ait pu noter l'origine appendiculaire de ces « tumeurs phlegmoneuses » il semble probable qu'il s'est trouvé en présence de deux cas d'ouverture dans la vessie d'abcès dus à une appendicite.

Or, si nous songeons qu'après MESTIVIER qui donna en 1759 une première observation de lésion de l'appendice, après WEGELER (1813) et LONGES-VILLERMAY (1824) qui en mentionnèrent chacun un cas, ce fut MÉLIER qui en 1827 fit le premier la description d'une affection due à l'inflammation de l'appendice, nous remarquons que des complications vésicales au cours de l'appendicite ont été notées à l'époque où l'affection elle-même fut différenciée.

JOHNSON, dans la *Medico-chirurgical Review* (1837) décrit une autopsie dans laquelle la vessie était en communication avec le cæcum par un trajet sinueux.

SÉDILLOT en 1841, relata une observation où une vessie

communiquait par une ouverture étroite avec un abcès situé autour d'un cæcum ulcéré.

D'autre part, certains auteurs, KINGDON, SALZER et REULING, MÜNNICH, GOODE-HENRY, KRACKOWISER, ROCHESTER rapportent des cas de fistules intestino-vésicales, qui nous semblent dues à une lésion appendiculaire.

BALZER en 1879 remarqua de la dysurie dans une péri-typhlite.

Les auteurs jusqu'à cette époque décrivent des cas de complication vésicale (spécialement des fistules) qu'ils rattachent à une lésion du cæcum : à la typhlite, ainsi dénommée par Albert de Bonn. L'inflammation de l'appendice est à peine connue. Gerster, le premier en 1878 a noté de la pollakiurie au cours d'une appendicite. Mais Roux (1880), Boiffin (1891) parlent encore des complications de la typhlite ou de la péri-typhlite.

Lorsque REGINALD FITZ, de Boston, eut nié (1888) après l'avoir admis (1886, *in American journal of medical Sciences*) l'existence de la typhlite et de la péri-typhlite, et rapporté à l'appendice vermiforme les lésions qu'on attribuait à ces deux maladies, les observations notant les complications vésicales au cours de l'appendicite devinrent nombreuses. ROUX, HALLÉ BRUN, GANGOLPHE, SCHWARTZ, PONCET, FOWLER, GUINARD en publièrent des cas isolés.

VLADOFF (Thèse de Lyon, 1898) s'attache spécialement à l'étude des abcès appendiculaires ouverts dans la vessie.

Il faut arriver à la thèse de DAMIEN-MASSON (Paris, 1898) pour avoir une étude d'ensemble sur la question.

Enfin, PERSON (thèse de Paris, 1906) reprend l'étude des fistules appendiculo-vésicales.

Un certain nombre de cas qu'il nous a été donné de suivre ou qui nous ont été communiqués par nos maîtres, nous ont permis de compléter, sur certains points, les données fournies par ces auteurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On note souvent au cours des affections abdominales les plus diverses, des troubles vésicaux variés, dont le plus fréquent est la rétention; ils sont d'origine purement réflexe. Dans l'appendicite, ces phénomènes se rencontrent parfois, même lorsque le foyer appendiculaire est éloigné de la vessie. Ici, il n'y a pas, bien entendu, de lésions du réservoir urinaire.

Nous nous sommes demandé si, dans certains cas, on pourrait rencontrer des lésions vésicales descendantes : en effet, le rein et l'uretère peuvent être atteints par l'inflammation appendiculaire. RIESE a fait deux communications concernant : l'une, un jeune homme de 17 ans, l'autre, une jeune fille de 15 ans qui, au cours d'une série d'attaques appendiculaires, ont présenté des phénomènes de pyélite droite parfaitement caractérisée : chez le premier malade atteint de rétention aiguë d'urine, on trouva à l'intervention une infinité d'adhérences qui s'étendaient autour de l'uretère droit et des vaisseaux iliaques, près de leur bifurcation; peu de temps après, une deuxième intervention au cours de laquelle on enleva les adhérences, les urines devinrent purulentes pendant quelques jours. Chez le second sujet — qui eut une brusque ascension thermique, coïncidant avec l'apparition d'une tumeur de la région rénale droite avec pollakiurie sans cystite, — on trouva l'appendice enfoui au milieu d'une

masse de fausses membranes qui entouraient aussi les vaisseaux iliaques et l'uretère droit comprimé. Quelques jours après, on mit à nu le rein et la partie supérieure de l'uretère; là, on trouva du pus; le bassin était très dilaté.

Les deux malades de Riese étaient jeunes, mais, quel eût été l'état de la vessie s'ils avaient été d'un âge avancé, avec un réservoir urinaire moins résistant? Ils auraient parfaitement pu faire une cystite descendante.

Nous n'avons pas dans nos recherches rencontré de lésions de ce genre.

Lésions vésicales par propagation directe.

Mais la grande majorité des lésions vésicales d'origine appendiculaire est due à une propagation directe du processus phlegmasique, c'est-à-dire que celui-ci, parti de l'appendice gagne directement la vessie, sans atteindre auparavant une autre partie de l'appareil urinaire.

Cette propagation directe peut suivre deux grandes voies :

1^o *La voie extra-péritonéale.*

2^o *La voie intra-péritonéale.*

Elle aura dans tous les cas d'autant plus de chances de se produire que le foyer appendiculaire suppuré sera plus bas situé.

VOIE EXTRA-PÉRITONÉALE.

Phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéal. — L'appendicite une fois constituée, l'inflammation peut gagner la paroi abdominale et particulièrement le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal. Il y aura alors un « phlegmon d'origine appendiculaire ». La cavité de Retzius peut s'enflammer et la vessie être lésée sans que le péritoine ait été atteint.

Les phlegmons sous-péritonéaux sont antérieurs ou latéraux :

Antérieurs : L'appendice est adhérent à la paroi abdominale, il se dirige en général en avant, tout le corps de l'appendice peut être sain, libre et son extrémité se perdre dans la paroi postérieure de l'abcès pariétal (BRUN).

L'abcès pariétal est *total* (tissu cellulo-grasieux sous-péritonéal, muscles étant lésés) ou simplement *sous péritonéal*.

Dans le premier cas, la poche purulente, intra-musculaire est constituée par l'aponévrose antérieure du muscle droit de l'abdomen en avant, en haut et en bas par la surface de section du muscle rompu en communication en arrière avec le tissu sous-péritonéal enflammé.

Dans le second cas, la poche sous-péritonéale est constituée en avant par le fascia transversalis épaissi, en arrière par le péritoine épaissi également, contre lequel l'épiploon adhère parfois, en bas c'est la face antéro-supérieure de la vessie.

Les muscles ischémiés, sont violacés saignant à la coupe. Le contenu de ces abcès est formé par du pus et quelquefois des caillots de sang. Le pus a presque toujours la fétidité qui caractérise les suppurations para-intestinales.

Ces phlegmons peuvent s'ouvrir spontanément à travers la ligne blanche, dans la région sous-ombilicale (SCHWARTZ, 1894).

Latéraux : TUFFIER en 1900 au cours d'une opération à froid, voulut attirer au dehors l'appendice avec la gangue fibreuse qui le recouvrait. Il ne le put, heureusement dit-il car l'uretère plus ou moins tortueux était si bien collé derrière la masse, que lorsque le chirurgien s'est mis à tirer, il l'a amené; l'uretère était adhérent derrière l'appendice et il apparut lorsque celui-ci fut enlevé. RIESE cite deux cas dans

lesquels il trouva l'appendice adhérent par inflammation à l'uretère droit, dans l'un de ces cas il trouva du pus en contact avec l'uretère.

Il ne serait donc pas surprenant qu'une inflammation d'origine appendiculaire atteignit la vessie en se propageant le long de l'uretère dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Nous avons cherché d'autre part, in *Gazette des Hôpitaux*, 1909 n° 109 et 112 dans une revue générale de MAURICE VERDUN sur la psoïtis, si des complications vésicales étaient survenues



Fig. 1. — Fistule appendiculo-vésicale et appendiculo-cutanée; volumineux calcul, d'origine intestinale; trajets fistuleux en étoile. Laparotomie, extirpation de l'appendice et du calcul; abandon de l'orifice vésical sans suture. Guérison. Obs. 15. (CARAVEN et CAILLET).

consécutivement à des psoïtis d'origine appendiculaire; nos recherches ont été vaines.

Chez un malade que nous avons eu l'occasion d'opérer avec M. CARAVEN, nous avons rencontré un abcès sous-péritonéal d'une forme peu commune (Obs. 15). C'était un abcès en étoile à trois branches, en Y pour mieux dire: la branche

postérieure se dirigeait vers la colonne vertébrale, assez haut vers la portion lombaire, au devant de l'aorte et de la veine-cave; la branche antérieure conduisait vers la vessie qui ne fut d'ailleurs pas aperçue pendant toute l'opération; la branche externe se terminait par une fistule cutanée siégeant un peu en dedans de l'épine iliaque. Le péritoine protégé soigneusement fut ouvert, on aperçut un appendice enflammé dont l'extrémité venait s'ouvrir dans la cavité en Y.

VOIE PÉRITONÉALE.

Péritonite généralisée. — Il n'y a pas lieu de faire une description des lésions anatomo-pathologiques de la vessie consécutives à une *péritonite généralisée d'emblée* d'origine appendiculaire. Ces lésions sont les mêmes que dans toute péritonite généralisée d'origine quelconque.

Péritonites localisées. — Certaines formes anatomiques prédisposent aux complications vésicales de l'appendicite : ce sont évidemment celles dans lesquelles l'appendice se trouve le plus rapproché du réservoir urinaire; ces conditions seront réalisées dans différents cas.

L'appendice peut être très long : Si RIBBERT et LAFFORGUE l'ont vu atteindre la longueur de 2 cm. 5 et 3 cm. (la longueur moyenne étant de 8 à 10 cm.) LUSCHKA a pu mesurer un vermium de 23 cm. Il est évident qu'une telle dimension prédispose au rapprochement appendiculo-vésical, cependant il arrive qu'un appendice long en position haute soit éloigné du réservoir urinaire, court en position basse il en soit rapproché.

D'ailleurs, la topographie de l'appendice est intimement liée à celle du cæcum dont elle partage toutes les migrations. Le cæcum occupe dans sa loge, constituée en avant par la paroi abdominale antérieure, en arrière par la paroi abdomi-

nale postérieure, en bas par la fosse iliaque interne, une position variable. Il arrive ordinairement jusqu'à l'arcade crurale (70 à 78 p. 100, ALGLAVE 1907). Tantôt, le cæcum occupe la position haute (3 p. 100) presque sous le foie, son extrémité libre est alors éloignée de 6 à 8 centimètres de l'arcade fémorale. D'autrefois, et c'est la position qui nous intéresse le plus, le cæcum occupe la position basse (16 à 30 p. 100), il descend alors jusque dans l'excavation pelvienne. Il est à remarquer que cette situation est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, pour des raisons probables d'ordre anatomique et physiologique. On peut trouver le cæcum dans le cul-de-sac de Douglas, entre la vessie et le rectum chez l'homme, derrière l'utérus ou à sa droite chez la femme. Cette position n'est en général pas constante, elle se produit seulement lorsque la vessie et le rectum sont vides, Cependant à la suite d'une péritonite adhésive, elle peut devenir permanente.

KEEN a trouvé un appendice très long pénétrant si profondément dans le bassin qu'il touchait à la prostate et était solidement incorporé à la paroi vésicale. On a enfin trouvé dans quelques cas très rares le cæcum au-dessus du pubis près de l'ombilic, et même dans la fosse iliaque gauche.

L'appendice qui, d'une part, suit toutes les variations de position du cæcum peut, d'autre part, avoir une situation variable par rapport au cæcum. On lui trouve une direction ascendante dans 13 p. 100 des cas, externe dans 26 p. 100, interne dans 17 p. 100 et descendante dans 41,9 p. 100 des cas (Lafforgue) où il s'engage dans le petit bassin et se rapproche ainsi de la vessie.

La vessie occupe une situation relativement fixe malgré ses alternatives de vacuité et de réplétion. On l'a vu cependant au cours de distension remonter dans la fosse iliaque ou même s'engager dans un orifice herniaire (inguinal ou crural).

Donc, en général, à cause de la mobilité appendiculaire et de l'immobilité vésicale, c'est l'appendice qui va à la vessie, il y va selon des conditions de position, de direction et de longueur.

Abcès pelviens distincts des foyers appendiculaires.

— On a trouvé ces abcès dans des cas d'appendicite perforante à marche aiguë, l'évolution est alors rapide. (BRUN, NÉLATON, ROUTIER, *in Soc. de Ch.*, 1895. MAUNY de Saintes, *in IX^e Congrès de Ch. de Fr.*, TERRIER *in Soc. de Ch.*, 1892). On les a rencontré dans des cas d'appendicite à rechute à marche lente (Obs. de CHUPIN dans le rapport de CHAUVEL *in Soc. de Ch.*, octobre 1893. BRUN, JALAGUIER, en mars 1892. MONOD, 25 juillet 1894. SIRAUD, *Gaz. des Hôp.* 14 juin 1892). On a trouvé ces abcès entre les anses d'intestin grêle près du cæcum (TERRIER) dans la fosse iliaque gauche (MONOD, CHUPIN), sous le diaphragme (SIRAUD, LEGG) au niveau de l'angle des côlons ascendant et transverse (JALAGUIER); enfin, BRUN, à la partie supérieure de la vessie : « Dans quatre cas, dit-il, à côté du foyer principal peri ou retro-cæcal et indépendamment de lui, j'ai trouvé des foyers secondaires isolés entre les anses intestinales agglutinées, foyers que je n'ai pu découvrir que grâce aux manipulations auxquelles je me livrais en cherchant l'appendice. Un siège de prédilection de ces foyers me paraît être la partie la plus interne et la plus inférieure de la région cæcale en arrière du muscle droit, au voisinage de la vessie ». Brun, Jalaguier, Nélaton, Régnier attribuent ces abcès à une sorte de septicémie du péritoine intermédiaire entre la péritonite généralisée et la péritonite enkystée.

Ces abcès se présentent comme des péritonites enkystées, et particulièrement dans les cas de Brun, vessie, intestin grêle et grand épiploon agglutinés par des fausses membra-

nes contribuaient à constituer les parois de l'abcès. Il arrive souvent qu'une trainée de péritonite plastique les relie au foyer périécœcal concomitant, c'est à cause de ce fait que Nélaton les a dénommés « péritonite enkystée à foyers multiples ».

Ces abcès secondaires évoluent pour leur propre compte, ils tendent à s'évacuer dans les organes voisins, dans le péritoine ou à l'extérieur. Ils peuvent en particulier s'évacuer dans la vessie.

Abcès pelviens continus avec les abcès iliaques. —

L'abcès pelvien peut être continu avec un abcès hypogastrique ou iliaque qui lui-même par sa limite supérieure arrive à un appendice élevé : ce sont des abcès dits en sablier présentant entre les deux poches pelvienne et iliaque un étranglement.

C'est, en somme, une forme intermédiaire entre les abcès avec large communication et les abcès à deux poches enkystées distinctes.

L'inflammation se propage ainsi suivant les lois de la pesanteur de la fosse iliaque vers le petit bassin, point déclive. *Sénéchal* thèse, Paris 1908, décrit un de ces abcès qui possède :

1° Un foyer périécœcal;

2° Un étranglement ovalaire limité à droite par le rebord du psoas, à gauche par une anse grêle, en avant par une adhérence de cette anse au pubis, en arrière par la colonne vertébrale;

3° Une poche prérectale, limitée à droite par le psoas et la cavité pelvienne, à gauche par les anses grêles et l'S iliaque, en arrière et de haut en bas par le sacrum, puis le rectum, en avant par la vessie.

L'abcès ilio-pelvien peut-être situé aussi à gauche. On l'a surtout remarqué chez l'enfant. Est-il dû à une anomalie

cæcale à ce que l'appendice flotte plus librement à cet âge? Ou bien le pus après avoir gagné les parties déclives de l'abdomen se fait-il un chemin ascendant vers la grande cavité péritonéale? Dans ce dernier cas, il évoluerait plus facilement vers la fosse iliaque gauche, libre de toute néoformation inflammatoire, la fosse iliaque droite étant, au contraire, encombrée par des adhérences résultant de l'inflammation.

On trouve, de plus, les deux sortes d'abcès ilio-pelvien existant à la fois (abcès bi-ilio-pelvien). Ils ont un début appendiculaire, une marche descendante vers le pubis, puis ascendante vers la région iliaque gauche. D'autrefois, l'abcès pelvien a une forme rappelant grossièrement celle d'une étoile à trois branches, à centre appendiculaire. L'une des branches plonge dans le pelvis, l'autre se dirige vers l'ombilic, la troisième dans la fosse iliaque (Frænkel. Soc. de méd. int. de Berlin, 5 janvier 1891).

Abcès péritonéaux non pelviens. — Dans un cas M. CARAVEN (d'Amiens) (Obs. 1) a trouvé un abcès ilio-hypogastrique ayant causé des mictions douloureuses. Il a trouvé à l'intervention un appendice long et gros en position rétro-cæcale, élevé et gangréné à son extrémité. Le pelvis était indemne de toute infection.

Il faut donc conclure de toute cette série d'exemples que :

1° Les abcès pelviens d'origine appendiculaire en communication ou non avec le vermium peuvent avoir une influence sur le réservoir urinaire;

2° Qu'il en est de même pour les abcès intra-péritonéaux non pelviens.

Abcès paravésicaux.

Les abcès paravésicaux d'origine appendiculaire peuvent être divisés en deux groupements :

1° Extra-péritonéaux.

2° Intra-péritonéaux.

Abcès extra-péritonéaux. — On rencontre des abcès extra-péritonéaux en avant de la vessie; ce sont les phlegmons de l'espace prévésical ou cavité de *Retzius*. (Gerster).

Parfois ces abcès se portent sur la face latérale droite de la vessie comme dans notre Observation 16 (CARAVEN et CAILLET).

Nous n'avons pas trouvé d'observations dans lesquelles des phlegmons dus à une appendicite se seraient développés sur le côté gauche de la vessie.

Abcès intra-péritonéaux. (*Péritonite circonscrite paravésicale*). — Les abcès paravésicaux intra-péritonéaux sont de beaucoup les plus fréquents. Ils ont une dimension très variable, depuis le volume d'un petit œuf. (WEISS, in thèse Sénéchal) jusqu'à l'abcès emplissant tout le petit bassin et à l'« énorme tuméfaction prérectale montant jusqu'à mi chemin de l'ombilic, sans envahir la fosse iliaque, pas plus à droite qu'à gauche. » (ROBERT PICQUÉ, Soc., chir. 17 avril 1907).

Les rapports anatomiques de ces abcès diffèrent suivant le siège et le volume. On leur voit occuper différentes positions autour de la vessie : Plus fréquemment retro-vésicaux (STEDMAN, PAUCHET, CARAVEN, etc.). Souvent aussi sur le côté droit de la vessie : FOWLER, au cours d'une intervention trouva la partie latérale droite du fond vésical adhérente aux tissus avoisinant le cæcum. Parfois on les rencontre à gauche de la vessie, quelquefois en avant. On a vu enfin des abcès touchant au sommet du globe vésical.

Evolution anatomique des péritonites localisées. — On trouve aux péritonites localisées différents aspects suivant l'époque. Au début une exsudation lente de liquide

fibrineux très adhésif accole les organes voisins par leur séreuse. A un degré plus avancé, l'infection s'accompagne de la production d'un liquide séreux qui se trouve emprisonné dans une véritable loge constituant une sorte de kyste. Ce liquide est un véritable bouillon de culture qui peut devenir suivant les cas séro-purulent ou purulent franchement.

La barrière fibrineuse qui sépare la région de la grande cavité péritonéale s'est épaissie et, elle constitue un obstacle relatif à l'extension de la péritonite. Il peut se développer à l'intérieur des gaz d'origine intestinale. Dans la majorité des cas, ces infections localisées évoluent comme de véritables abcès chauds qui tendent à s'ouvrir et à se donner jour par la voie la plus facile. On ne sera donc pas surpris de les voir s'ouvrir dans un viscère tel que la vessie.

Etat anatomique de la Vessie au cours des infections peri-vésicales.

Que le foyer appendiculaire vienne au contact direct du globe vésical ou qu'un abcès paravésical d'origine appendiculaire soit indépendant de l'appendice, quel sera l'état anatomique de la vessie aux différentes périodes de l'évolution de l'abcès?

Péricystite. — Le foyer inflammatoire, ayant tendance à entrer en connexion avec les organes voisins d'abord porte atteinte au péritoine vésical et au tissu cellulo-conjonctif périvésical; il y a péricystite. Cette péricystite est bénigne avec la péritonite simple, séreuse ou séro-adhésive. Elle peut être grave avec la péritonite suppurée. Il se forme une épaisse coque de tissu fibro-lipomateux où des collections purulentes se développent qui peuvent s'ouvrir dans le bassin ou dans la vessie.

Cystite interstitielle. — Si l'inflammation revêt une forme plus grave encore, le tissu vésical propre est atteint, en premier lieu la tunique la plus externe, la musculieuse, il y a cystite interstitielle. Cette tunique s'épaissit se rétracte, il s'y forme parfois de petits abcès qui ont tendance à s'ouvrir vers la vessie. C'est à la périecystite et à la cystite interstitielle qu'il sied d'attribuer certains phénomènes dysuriques qui accompagnent les appendicites, qui précèdent d'autres fois les perforations vésicales : « Un homme de 40 ans présentait par intermittences depuis l'âge de 28 ans de la difficulté à uriner : parfois il lui arrivait d'attendre un quart d'heure et plus, avant de pouvoir émettre quelques gouttes d'urine. Il dut pendant ces douze années se faire sonder à différentes reprises. Il ne pouvait uriner que dans la position verticale. Son urine était toujours normale. A l'ouverture de la cavité abdominale, le chirurgien trouva un appendice long, tendu comme une corde entre le cæcum et la vessie. L'appendice était fixé sur 2 centimètres environ à la vessie, il fut libéré, il présentait trois abcès volumineux : on sonda le malade pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération. Le cinquième celui-ci put à son grand étonnement uriner dans la position couchée, ce qu'il n'avait pu faire depuis 12 ans ». Cette observation de LE FILLIATRE montre d'une façon typique les relations de cause à effet existant entre la dysurie et l'inflammation périecystique et cysto-interstitielle.

On voit la vessie expulser parfois des microbes sans pour cela qu'elle soit enflammée (microburie ou bactériurie). Il faut ici faire intervenir la résistance de l'épithélium vésical si bien étudiée par le professeur Guyon.

Cette bactériurie simple est possible chez les jeunes sujets à muscle vésical énergique, elle ne l'est pas chez les vieillards, chez les prostatiques, à bas-fond vésical déclive, chez les dilatés, chez les rétentionnistes. D'après REYMOND, ces

microorganismes sont charriés de l'intestin par des vaisseaux lymphatiques dans la paroi vésicale jusque sous l'épithélium.

Cystite totale. — L'inflammation continuant vers la vessie, toutes les tuniques vésicales subissent le processus inflammatoire : La cystite totale ou cystite proprement dite est constituée. Cette infection pourra être bénigne, caractérisée simplement par une légère congestion avec quelques taches ecchymotiques (BRUN). Des plaques de cystite localisée d'abord aux points de contact immédiat entre l'abcès et la vessie pourront se généraliser à tout l'organe.

Malheureusement presque toutes les observations sont muettes sur l'examen bactériologique des urines au cours de l'appendicite. Cependant dans une observation de MICHON (Thèse SÉNÉCHAL, Paris 1908), MM. HARTMANN et REYMOND ont pratiqué trois fois cet examen. (Examen du culot ou de l'ensemencement des urines.) Deux résultats positifs furent fournis : avant et très peu après l'évacuation du pus péritonéal. Dix jours après l'intervention, les urines furent stériles. On est frappé ici du fait que les résultats bactériologiques et les signes cliniques se sont montrés tant que le pus de l'abcès s'est trouvé en contact avec la vessie et ont disparu lorsque celui-ci a été évacué.

Dans certains cas très rares, on observe une inflammation spéciale de la muqueuse vésicale qui se traduit par des urines contenant des glaires épaisses, gluantes, collant dans le fond du vase, ressemblant à celles des prostatiques atteints d'un vieux catarrhe de la vessie. C'est la cystite catarrhale dont nous rapportons un cas inédit (Obs. 14).

Perforation — Si la plaque de cystite dont nous avons parlé tout à l'heure progresse, si toutes les tuniques de la vessie sont localement détruites par le processus phlegma-

tique, une perforation vésicale est survenue, l'abcès paravésical entre en communication avec le réservoir urinaire. Si d'autre part, l'abcès est ouvert du côté de l'intestin, il y aura un orifice intestinal, un orifice vésical et un trajet fistuleux.

Nous allons successivement étudier ces trois parties de la question.

Orifice intestinal.— Il y a en général un seul et fréquemment plusieurs orifices éloignés ou intestinaux. JERVELLE, SÉDILLOT l'ont trouvé sur le cæcum. Ce dernier auteur a vu dans une autopsie de larges ulcérations du cæcum dont la muqueuse était décollée et en partie détruite. JOHNSON, FOWLER ont noté plusieurs orifices portant sur le cæcum et l'iléon. Pour Johnson, il y avait une large partie du cæcum détruite par un travail d'ulcération : la muqueuse cæcale, celle de la valvule et de l'iléon étaient profondément ulcérées. D'autre part SALZER, GUINARD, PAUCHET, etc., rapportent des cas de perforation de l'appendice : « L'appendice, dit GUINARD (Obs. 33), est terminé en massue et à un centimètre de son extrémité une communication de la largeur d'un pois existe avec un trajet aboutissant à la vessie ». Salzer a vu un appendice difficile à trouver à cause des adhérences et présentant une perforation grande comme un pois.

Mais il peut y avoir des perforations pluriviscérales : une observation de DAVAT (Obs. 47) très discutée d'ailleurs, mais dont l'opinion de Chouppe et Lucas Championnière a prévalu semble montrer qu'une inflammation utéro-annexielle a causé des complications extrêmement sérieuses sur les organes voisins : le cæcum présente trois ou quatre dépressions en doigt de gant et une ouverture communique d'une part avec la vessie, d'autre part avec l'extérieur. « L'ensemble de cette pièce anatomique paraît démontrer que l'appendice vermiculaire a été étranglé au devant de l'ovaire par une fausse membrane et

que les matières contenues ont déterminé une phlegmasie chronique qui a fini par s'ouvrir dans la vessie, dans le cæcum et à l'extérieur. »

Il semble qu'il y ait eu dans ce cas inflammation du vermium secondaire à une annéxite et perforation appendiculaire, cæcale, abdominale et vésicale consécutive.

ROCHESTER cite un cas où l'appendice dilaté, solidement fixé à la paroi abdominale antérieure plongeait dans un abcès provenant probablement de l'appendice. Cet abcès communiquait avec le bas-fond vésical et avec le rectum.

Trajet fistuleux. — Quelle est la forme du trajet qui conduit de la perforation intestinale à la perforation vésicale? Ce trajet est parfois rectiligne, il est apparu à JERVILLE comme une corde tendue entre la paroi droite de la vessie et le cæcum. JOHNSON le vit au contraire sinueux, KRACKOWISER anfractueux. Il est parfois long (SALZER). D'autres fois il existe à peine : l'appendice perforé est adhérent à la vessie (KINGDON, PAUCHET). GUINARD a trouvé ce trajet induré, bien protégé par un magma d'adhérences comprenant une anse de l'iléon.

Parfois on trouve un abcès intermédiaire entre l'appendice perforé et la vessie : La base de l'appendice vermiculaire s'ouvrait dans la partie supérieure de la cavité purulente (STEDMANN). L'appendice dilaté plongeait dans un abcès provenant probablement de l'appendice.

KRACKOWISER trouva un trajet fistuleux fermé par une valvule qui ne permettait pas aux matières fécales de tomber dans la vessie.

Il arrive fréquemment que le foyer appendiculaire contient des corps étrangers : STEDMANN y trouva des matières fécales et des gaz. DAMIEN-MASSON, LE FILIATRE, CARAVEN et CAILLET trouvèrent des calculs stercoraux. LE FILIATRE a vu

un appendice présentant trois abcès dont le plus volumineux siégeait à l'extrémité adhérent à la vessie, ils renfermaient chacun un calcul stercoral.

Le calcul que M. CARAVEN a extrait d'un foyer appendiculaire fistulisé dans la vessie (Obs. 6) avait une forme de noi-

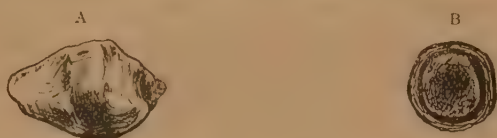


Fig. 2. — Calcul stercoral de l'Obs. 15. Grandeur nature. A) aspect extérieur. B) coupe. (CARAVEN et CAILLET).

sette, relativement amincie aux extrémités, jaune grisâtre, (voir fig. 2).

L'analyse en a été faite par notre maître, M. Pancier. En voici les points essentiels :

Poids total : 1 gr. 265.

<i>Coque</i> composée de matières organiques et minérales.	}	1° Cellules canaliculées des concrétions de poires.
		Carbonates (à l'état de traces).
	2°	Phosphates (sels de calcium et de magnésium à l'état de traces).

<i>Noyau</i>	{	1° Débris végétaux (fibres spiralées, poils tecteurs).
		2° { pas de cholestérine.
		urobiline.
		pas de débris animaux.

Nous avons fait une coupe de ce calcul (voir fig. 2). Il présentait une sorte de coque très dure (elle s'est broyée en partie en la coupant), stratifiée très finement. A l'intérieur on remarquait une pulpe bien distincte de la coque, très friable. Cette pulpe tombait en poussière, et la coque inhabitée avait l'aspect d'une noisette ouverte et vidée.

Orifice vésical. — L'issue de la matière purulente à travers la vessie se fait en général par un seul orifice, mais on en a trouvé plusieurs : KINGDON a noté deux orifices fistuleux

séparés l'un de l'autre par une étendue bien mince : HALLÉ a vu aussi deux perforations.

La situation de l'orifice est variable : Il se trouve d'après les observations que nous avons recueillies, plus fréquemment sur la face postéro-inférieure de la vessie, à un pouce et demi au-dessus du bord postérieur de la prostate (STEDMANN), entre les deux orifices urétéraux (GOODE HENRY) à un pouce de l'orifice de l'uretère droit (KRACKOWISER, SALZER).

HALLÉ a vu deux perforations au centre de la paroi vésicale inférieure. SÉDILLOT dit que le bas-fond de la vessie était traversé par une ouverture étroite. KINGDON a trouvé deux perforations un peu au-dessus de l'orifice de l'urèthre et ROCHESTER un orifice au bas-fond vésical.

Plus rarement on trouvera la perforation sur la face antérieure de la vessie : Sur la muqueuse de la face antérieure de la vessie se trouvent de nombreuses taches ecchymotiques : c'est dans un de ces points ecchymotiques qu'a dû se faire la perforation (BRUN). La muqueuse vésicale présente à sa paroi antérieure vers sa partie moyenne un orifice fistuleux. (JONHSON) On a rencontré d'après certaines observations la perforation sur la paroi droite de la vessie, à un pouce de l'uretère droit dans un cas (DAMIEN-MASSON, HALLÉ, JERVELLE) ; près et au-dessus de l'uretère droit (GUINARD). CARAVEN au cystoscope, a vu cet orifice vers 10 h. et demie (Obs. 44). Avec lui, nous avons trouvé une fistule vésicale, à droite, vers 7 heures au cystoscope (Obs. 15).

Dans nos observations il n'est pas noté de fistule vésicale à gauche.

Les dimensions de l'orifice vésical sont très différentes suivant les cas. Il a été impossible dans une autopsie de Brun de reconnaître une solution de continuité à la vessie ; l'auteur a trouvé sur la muqueuse vésicale de nombreuses taches ecchymotiques et c'est, dit-il, dans un de ces points

ecchymotiques qu'a dû se faire la perforation. L'orifice vésical peut admettre une bougie de moyenne grosseur, le passage d'une sonde (GOODE HENRY); il peut avoir le diamètre d'un pois (JONIXSON), être large comme une pièce de 50 centimes (SALZER), avoir le diamètre d'un doigt (STEDMANN).

L'orifice vésical présente des aspects variés : ce sont parfois deux petites perforations arrondies à bords minces comme ulcérés, laissant échapper dans la cavité vésicale une grande quantité de caillots putrides (HALLÉ), parfois une ouverture étroite et noirâtre (SÉDILLOT).

Dans notre observation 15 (CARAVEN et CAILLET) un croquis a été pris (voir fig. 3); il donne mieux que toute description l'idée de l'orifice vésical que nous avons vu au cystoscope.

JERVELLE n'a pu reconnaître l'orifice vésical par la cystoscopie. HALLÉ en 1892 a remarqué sur la paroi vésicale droite une fissure dont il vit sourdre le pus quand on déprimait la paroi abdominale.

Il est intéressant de savoir ce que devient l'orifice vésical après guérison (spontanée ou opératoire). Malheureusement, nous n'avons pas d'observations précises sur ce point, si ce n'est celle que nous a communiquée M. CARAVEN (Obs. 44) : « A l'examen cystoscopique, l'index de l'instrument étant à 10 h. 1/2, je constatai tout d'abord, dit l'auteur, une grande bande sombre verticale (l'extrémité de l'appareil étant très près de la paroi), puis éloignant de la paroi vésicale le cystoscope, je vis une tache noire (voir notre fig. 4) qui était manifestement un diverticule vésical. Dans le fond d'ailleurs très mal éclairé je n'aperçus pas d'orifice. J'y promenai l'extrémité d'une sonde urétérale qui ne s'engagea dans aucun orifice. Il me parut qu'il s'agissait là d'un diverticule de traction d'origine cicatricielle dû à la perforation dans la vessie d'un abcès consécutif à l'appendicectomie subie antérieurement par la malade ».

Au sujet de notre observation 15, le malade ne s'est pas présenté à notre appel pour un nouvel examen.

État de la vessie après l'établissement de la perforation. — La perforation vésicale une fois établie, comment va se comporter la vessie? Quel sera son état anatomique? Nous verrons plus loin qu'il est fréquent de rencontrer, spécialement chez les jeunes sujets, des malades qui ne présentent aucun phénomène clinique de cystite, qui ont simplement de la pyurie et qui guérissent soit spontanément, soit en quelques jours, après le traitement chirurgical — même sans traitement vésical (sans lavages, sans urotropine, etc.). — Il semble évident que chez ces malades, à part la lésion locale de perforation il n'y a pas de lésion anatomique des tuniques de la vessie. Tout au plus y a-t-il un peu d'hyperhémie, mais la muqueuse vésicale n'a que des lésions de peu d'importance. A l'examen cystoscopique de notre malade (Obs. 15) nous avons trouvé à côté de l'orifice fistuleux deux orifices urétéraux normaux, une vessie extrêmement irrégulière et rouge avec un dépôt trouble (le malade n'a jamais présenté de *cystite* cliniquement). SÉDILLOT dans son cas n'a pas remarqué d'altération de la muqueuse.

Il est fréquent cependant de voir des lésions de *cystite* : STEDMANN a trouvé la muqueuse vésicale injectée et enflammée. Dans l'observation de KINGDON, la vessie était petite, contractée, les parois vésicales très épaisses s'opposaient au passage de l'urine dans la direction de l'urèthre. Il y avait des ulcérations de la muqueuse vésicale juste au niveau de l'orifice aréthral. HALLÉ chez une femme de 56 ans a noté des lésions de cystite chronique végétante, d'une néoplasie inflammatoire caractérisée par de nombreuses petites excroissances polypiformes plus ou moins pédiculées, du volume

d'un grain de millet ou d'une lentille, brunes et comme exulcérées à leur sommet, disséminées partout sur la face postérieure de la vessie.

Contenu vésical. — Avec l'inflammation de la vessie, d'autres complications peuvent survenir. La conséquence de la fistule vésicale est la migration possible du contenu intestinal dans la vessie. La vessie se trouve d'abord en partie remplie par le contenu de l'abcès paravésical. Il y a du pus et parfois du sang; dans l'observation de HALLÉ, il est noté une grande quantité de caillots putrides.

Les matières fécales passent très souvent dans la vessie à tel point qu'elles déterminent fréquemment de la dysurie en s'engageant dans l'urèthre (FOWLER).

Les gaz intestinaux trouvent vers la vessie une issue nouvelle; ils sont évacués par l'urèthre en produisant « une miction musicale » comme le fait s'est produit chez un malade de GUINARD.

Les aliments ingérés se trouvent parfois dans la vessie : un malade de KRACKOWISER a uriné des graines d'airelle qu'il avait ingérées quelques jours auparavant. Un malade de JERVELLE ayant mangé une bouillie d'avoine, les urines continrent le péricarpe de cette céréale. JERVELLE trouva un calcul vésical composé de couches concentriques; il contenait dans deux points différents à son centre des pépins de fruits. Des corps étrangers du tube digestif avalés dans diverses circonstances sont parfois retrouvés dans la vessie; c'est ainsi qu'un jeune garçon (examiné par GOODE HENRY) avala une épingle, celle-ci se fixa dans l'appendice qui adhérait à la paroi postérieure de la vessie, elle pénétra ensuite à l'intérieur de cet organe et devint le centre de formation d'un calcul. De même KINGDON a vu un calcul de la vessie au centre duquel se trouvait une épingle.

On voit ici l'influence des corps étrangers d'origine intestinale comme centre de formation des calculs vésicaux, mais il arrive que ces calculs se forment simplement par infection vésicale, par cystite qui fait perdre aux urines leur réaction acide. La transformation ammoniacale de l'urine se produit consécutivement à la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque et les phosphates, particulièrement les phosphates calcaires, tenus en solution par l'acidité précipitent. FOWLER put extraire par taille vésicale un calcul phosphatique gros comme une noix. KRACKOWISER trouva 9 calculs au cours d'une taille latéralisée.

Enfin des parasites intestinaux passent quelquefois dans la vessie : un enfant de 8 ans a pu extraire par son urèthre un ver encore vivant ; quelques années après il extrait un nouveau ver de 5 à 6 pouces de long (KRACKOWISER). KINGDON rapporte l'observation d'un enfant de 7 ans qui vit apparaître en 1837 à l'orifice urétral un lombric ; en octobre 1838, il en sortit un second ; en janvier et avril 1839, un troisième et un quatrième, après des expulsions répétées de lombrics par l'anus.

État du rein et de l'uretère au cours des cystites par perforation. — Comment se comportent l'uretère et le rein, au cours de ces lésions vésicales ? Ces organes se trouvent quelquefois atteints par infection ascendante : Roux signale un cas où il décèle des symptômes de cystite et de pyélite après fistule vésico-appendiculaire. Dans notre observation 50, MOULONGUET signale un cas où la perforation a entraîné des signes de pyélo-néphrite bien qu'à aucun moment il n'ait été possible de découvrir un changement de volume dans l'un ou l'autre des deux reins.

KINGDON a rencontré, à l'autopsie d'un garçon de 7 ans, une dilatation considérable des uretères et une hypertrophie des reins.

Fréquence relative des abcès extra-péritonéaux et intra-péritonéaux, péri-vésicaux d'origine appendiculaire. — Nous avons sur 54 abcès péri-vésicaux d'origine appendiculaire noté 4 abcès extra-péritonéaux; ils ont provoqué les troubles suivants :

GERSTER (1878).....	Pollakiurie.
SCHWARTZ (1894).....	Dysurie et ténésme.
BRUN (1896).....	Perforation vésicale et mort.
CARAVEN et CAILLET (1911)...	Perforation vésicale, et fistu- lisation.

III

ÉTUDE CLINIQUE

Complications vésicales dans les péritonites généralisées d'origine appendiculaire.

Dans les péritonites généralisées, les phénomènes vésicaux sont de règle. Il n'y a pas lieu de faire un paragraphe spécial traitant de ces phénomènes lorsque l'origine de la péritonite généralisée est appendiculaire, mais il arrive parfois que le diagnostic s'égare à cause de leur intensité anormale. Un malade de LEJARS (in thèse Chevalier, 1900) avait été pris tout à coup en pleine santé de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements et d'un affaissement général pseudolypothymique; le même jour, la miction se supprimait complètement, et les envies incessantes qui tourmentaient le malade contribuèrent sans doute à égarer le praticien qui fut appelé le premier auprès de lui. Le cathétérisme fut pratiqué et répété maintes fois, mais sans autres résultats que de blesser le canal de l'urèthre. A son entrée à l'hôpital, facies grippé; température 36°. Pouls irrégulier, petits vomissements, ventre ballonné, matité sous-ombilicale et hypogastrique mal circonscrite. Le ténesme vésical était toujours très intense, et sur les instances du malade, on pratique le cathétérisme, mais la sonde est arrêtée à l'entrée par la portion membraneuse de l'urèthre. La ponction sus-pubienne alors pratiquée avec l'aspirateur Potain ne retira que quelques grammes d'une urine normale. La mort survint pendant la nuit; on a trouvé à l'autopsie

un appendice perforé à son extrémité, une péritonite purulente généralisée.

Complications vésicales dans les péritonites localisées d'origine appendiculaire.

Au cours des péritonites localisées, les phénomènes vésicaux ont une grosse importance.

Rétention réflexe. — Chez certains malades, on rencontre de la rétention d'urine : c'est une rétention simple, indolore, un trouble purement réflexe. Cette dysurie survient au cours de bien des affections abdominales, dans des affections médicales nerveuses : hémiplegie, lésions médullaires (tabes), infectieuses (typhoïde, infection aiguë générale). On trouve d'ailleurs ces rétentions chez des blessés, des opérés dont l'origine est rattachée, d'après Guyon, à l'hystéro-traumatisme. Or, dans l'appendicite, qui prend parfois l'allure d'une infection générale, on observe cette rétention d'urine.

Péricystite. — Dans une observation de GÉRAUD (Thèse Lancien) une appendicite est décelée chez un malade entré dans un service de voies urinaires (Hôpital Necker) pour de la rétention d'urine. On lui trouve un volumineux abcès péri-cæcal, bien que rien ne rappelle au malade une crise appendiculaire antérieure. A l'intervention, on a trouvé une poche purulente qui se dirigeait vers le petit bassin, vers la vessie.

La rétention peut donc être le phénomène dominant dans l'appendicite, le phénomène incitant le malade à recourir aux soins du médecin.

LE FILLIATRE cite le cas d'un instituteur de 40 ans, qui depuis l'âge de 28 ans, éprouvait par intermittences des difficultés à uriner. Parfois, il lui arrivait d'attendre un quart

d'heure et plus avant d'uriner. Il dut se faire sonder à plusieurs reprises. Il ne pouvait uriner que dans la position verticale (son urine était toujours normale). Pendant les huit jours qui précédèrent une crise appendiculaire, le médecin de la famille fut obligé de le sonder; il retira chaque fois 300 à 500 grammes d'urine normale. Lorsque le chirurgien vit le malade vingt-et-un jours après cette crise, celui-ci n'avait pas uriné depuis la veille, et soutenu par sa femme, il prit la position verticale afin de mieux uriner. Après vingt minutes d'attente et d'effort, il donna 400 grammes d'urine normale. Le malade fut sondé pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'intervention; le cinquième, il put à son grand étonnement uriner debout, ce qu'il n'avait pu faire depuis 12 ans.

Dans certaines observations recueillies par M. CARAVEN, nous avons noté plusieurs phénomènes vésicaux dus à la péri-cystite appendiculaire : un malade de 16 ans avait des mictions très difficiles; il urinait goutté à goutte. Une jeune fille de 18 ans avait des évacuations vésicales spontanées, mais elles étaient incomplètes. Cette malade ressentait dans le bas-ventre une douleur au moment où la déplétion vésicale mobilisait les organes adjacents. Un jeune homme souffrait au milieu et à la fin de la miction à tel point que parfois son jet s'interrompait brusquement. Un malade de 14 ans auquel nous venions de pratiquer un toucher rectal éprouva aussitôt du ténesme; il demanda à uriner; on l'assit sur un bassin, il urina quelques gouttes et fit quelques matières.

Les phénomènes dysuriques que nous venons de citer sont dus à une inflammation du péritoine vésical et du tissu cellulaire péri-vésical; à la péri-cystite. Il se produit ici de la paralysie vésicale comme il se produit de la coprostase due à l'inertie des muscles intestinaux qui sont parésiés en vertu de cette loi de pathologie générale d'après laquelle toute mem-

brane musculaire est parésiée ou paralysée quand la séreuse attenante est enflammée.

Cystite vraie. — Mais il arrive parfois que les phénomènes vésicaux prennent une forme plus sévère. Les mictions deviennent fréquentes, douloureuses, purulentes, quelquefois hémorragiques (HALLÉ) avec de la rétention : la cystite est constituée. Une fille de 4 ans, traitée par le Dr PAUCHET, souffrait beaucoup en urinant et chaque fois que les gaz circulaient dans l'intestin ; quinze jours après le début de ses accidents appendiculaires, les mictions devinrent atrocement douloureuses et ses urines purulentes ; ces accidents disparurent huit jours après l'intervention chirurgicale, à la suite de lavages vésicaux.

MOULONGUET (Obs. 14) a noté un cas de cystite catarrhale au cours de l'appendicite chez un malade de 17 ans. Après avoir eu des envies très fréquentes d'uriner et des douleurs du méat au moment de la miction, « des pressements », ce jeune homme a eu des urines purulentes, dans lesquelles il y avait des glaires épaisses, gluantes, collant dans le fond de l'urinoir. Ces urines, ajoute l'auteur, ressemblaient à celles des prostatiques atteints d'un vieux catarrhe de la vessie. Le lendemain, après absorption de un gramme d'urotropine, les urines s'éclaircirent. 8 jours après, les glaires réapparurent de nouveau.

Perforation. — Une perforation vésicale peut enfin s'établir. Cette complication de l'appendicite se produit à différents moments de l'affection.

- 1° Avant toute intervention chirurgicale.
- 2° Après intervention sur un abcès appendiculaire.
- 3° Après intervention sur un appendice avec lésions non suppurées.

Il ne sied pas ici de se rapporter aux statistiques pour affirmer si la perforation est plus fréquente avant toute intervention chirurgicale qu'après. En effet, nous avons rencontré dans un grand nombre d'observations cette complication de l'appendicite, mais souvent, c'était à une époque où la pérityphlite avait encore tous ses droits, dans un temps où le traitement chirurgical existait à peine, ce qui permettait aux perforations de se produire.

AVANT TOUTE INTERVENTION. — D'après nos observations, nous avons rencontré la perforation vésicale dans l'appendicite, aussi souvent ou presque dans les deux sexes; nous l'avons rencontrée à 6 ans et à 62 ans, mais en général, à l'âge moyen de la vie.

7 jours après le début de l'affection (BROUSSAIS, THERIG, JULLIEN)			
10 —	—	—	(MOULONGUET).
10 —	—	—	(OTTO, MUNNICH).
3 semaines	—	—	(STONES, DAMIEN-MASSON).
7 —	—	—	(HALLÉ).
5 mois	—	—	(SÉDILLOT).

Son caractère est différent, suivant les cas; il est parfois brusque, dramatique même et suivi d'un grand soulagement après l'évacuation d'une grande quantité de pus par l'urèthre. C'est ici une espèce de vomique vésicale qu'il faut savoir distinguer des pyuries ordinaires.

On voit consécutivement les symptômes locaux d'abcès diminuer, l'état général s'améliorer. « Un malade de Broussais (Thèse PERSON), est pris subitement de douleurs atroces qui se terminent après évacuation par le canal de l'urèthre de 380 grammes d'un liquide purulent d'odeur fécaloïde. Le lendemain, le ventre est plus souple, moins douloureux, l'empatement remonte moins haut. Il y a moins de pus dans les

urines. Le toucher rectal ne donne plus rien ». Chez un malade de MOULONGUET (Obs. 50), au moment où se pose la question d'intervention contre un abcès appendiculaire, la tumeur disparaît brusquement et le malade urine pendant une journée un vase de pus facilement reconnaissable et d'odeur infecte; un bien-être complet succéda à cette évacuation de pus dans la vessie.

Un malade de MORGAN rendit tout à coup des gaz par l'urèthre; il éprouva consécutivement des douleurs intenses dans la vessie; ce ne fut que quelques heures après, que les urines continrent des fèces et du pus. La tumeur de la région appendiculaire qui était comme un œuf d'autruche, diminua beaucoup.

D'autres fois, la perforation vésicale s'établit sans éveiller l'attention du patient ni du médecin; c'est la forme insidieuse observée par DAMIEN-MASSON, HALLÉ, MÉNIÈRE. La malade de JULLIEN (Obs. 20) constata un matin dans son urine une grande quantité de pus; sa température tomba, l'empâtement diminua et l'état général devint meilleur.

Il arrive aussi que cette complication de l'appendicite ne soit pas reconnue du vivant du malade (SALZER). Dans un cas, une femme rendit involontairement ses urines et ses matières aux derniers jours de sa vie, et c'est sur ces entrefaites que survint la perforation vésicale.

APRÈS INTERVENTION POUR APPENDICITE SUPPURÉE. — On voit des perforations vésicales se produire après des interventions pour lésions suppurées de l'appendice. Malgré l'abaissement de tension dans l'abcès, la lésion vésicale progresse, la cystite térébrante se complète.

Cette complication est survenue 6 fois contre 36 avant intervention chirurgicale (CHAPON, ROUX, PONCET, STEDMANN, CARAVEN et CAILLET). Mais il faut tenir compte de ce que

beaucoup de nos observations datent d'une époque où l'appendicite n'était pas traitée chirurgicalement et donnait en conséquence lieu à des complications; le rapport dans l'avenir se rapprochera plus de l'unité.

Parmi les 6 observations que nous avons réunies, 3 seulement donnent les dates d'apparition : ce fut 13 et 33 jours après le début de l'affection; 7, 12 et 17 jours après l'intervention chirurgicale.

Une crise suraiguë de cystite (ROUX) précède quelquefois l'apparition de la perforation. D'autres fois elle se produit sans douleur (PAUCHET).

La cause occasionnelle de perforation vésicale peut être due aux mouvements du malade (spontanés ou provoqués). PAUCHET (Obs. 18) a eu un cas où il était sur le point d'inciser un abcès rétro-vésical par le rectum, mais la ponction qu'il fit avant de plonger son bistouri fut blanche : l'abcès s'était ouvert dans la vessie et le péritoine pendant les manœuvres de dilatation de l'anus. L'augmentation de pression a dû achever le processus térébrant.

APRÈS INTERVENTION POUR APPENDICITE A FROID. — Enfin il peut survenir des perforations vésicales après intervention pour les lésions appendiculaires non infectées. Mais alors il y a infection péritonéale chirurgicale, localisation de l'infection autour de la vessie, puis perforation de cette dernière.

M. CARAVEN (Obs. 44) cite en effet l'exemple d'une malade qui fut opérée (par un autre chirurgien) pour une appendicite à froid, non suppurée. La plaie se réunit par première intention, mais il y eut abcès pelvien et douleurs vives; puis la malade évacua subitement du pus par l'urèthre et guérit quelques mois après. La cystoscopie a fait voir un diverticule cicatriciel à droite.

SYMPTÔMES VÉSICAUX APRÈS LA PERFORATION. — La perforation une fois établie, comment va se comporter la vessie?

Il n'y a pas de symptômes fonctionnels de cystite. Il arrive fréquemment que les symptômes de cystite manquent complètement : la pyurie est le seul signe. Chose bizarre, dit GUINARD (Obs. 33), il ne se produit pas de cystite. Le malade, âgé de 35 ans avait de la pyurie depuis six semaines, et dix jours après l'intervention, il n'y avait plus trace de pus dans l'urine, sans qu'on n'eût fait le moindre lavage dans la vessie par l'urèthre.

Les malades dont les observations répondent aux faits que nous venons d'énoncer sont tous de jeunes personnes (11, 13, 18, 20, 24, 24, 35 ans). Il faut ici encore faire intervenir la résistance de l'épithélium vésical.

Il peut y avoir cystite. Les phénomènes vésicaux de cystite peuvent au contraire apparaître. Il est à remarquer que cette complication de la perforation se produit beaucoup plus facilement chez les malades affaiblis, âgés, chez les dilatés, dont l'épithélium vésical résiste mal à l'infection.

Une femme de 60 ans (Roux) eut, après perforation, pendant une journée une crise suraiguë de cystite. Un homme de 62 ans (FOWLER) qui souffrait d'une cystite chronique avec exacerbations aiguës passagères, vit après la perforation ces symptômes s'aggraver beaucoup. Il ressentait des douleurs vives au périnée, au pénis, ce qui le força à garder le lit plusieurs des derniers mois.

EVOLUTION DE LA PERFORATION. — Qu'il y ait ou non cystite, que va devenir la perforation? Elle peut évoluer de deux façons : vers la guérison ou vers la fistulisation.

Vers la guérison : sur 43 observations de perforation, la guérison a eu lieu spontanément, ou tout au moins avec des lavages vésicaux et un traitement médical dans 11 cas.

Le malade de JULLIEN a guéri spontanément en 1 semaine.

—	MÉNIÈRE	—	10 jours,
—	THERIG	—	11 —
—	PERCY ALLAN	—	15 —
—	OTTO	—	20 —
—	MÉNIÈRE	—	2 mois.

Chez un jeune homme dont la perforation durait depuis six semaines, sans amélioration, malgré des lavages vésicaux, GUINARD obtint la guérison après intervention, sans qu'on eut fait le moindre lavage par l'urèthre.

En général, on voit survenir la guérison spontanée des perforations en deux ou trois semaines; il est rare qu'après ce délai, la fistulisation ne soit pas établie.

Lorsqu'on intervient chirurgicalement, en général, la guérison a lieu en quelques jours, s'il n'y a pas de cystite. Mais, il arrive exceptionnellement que même avec une pyurie simple, la guérison complète se fasse quelque temps attendre.

Nous avons cherché à savoir si la guérison était complète et durable. Malheureusement, il n'est pas dit dans nos observations si les malades ont été revus quelques mois ou quelques années après. Cependant M. CARAVEN (Obs. 44) a examiné une malade « quelques années » après guérison; les urines n'étaient jamais réapparues troubles; à la cystoscopie, la vessie était vaste (on a pu injecter 3 seringues de Guyon). Les orifices urétéraux étaient normaux, l'index du cystoscope étant à 10 h. et 1/2 ou 11 h., l'auteur a reconnu manifestement un diverticule vésical (fig. 4). Une sonde urétérale n'a pas découvert de fistule au fond de ce diverticule. « La cicatrice rétractile résultant de l'oblitération progressive de la

poche aurait créé au niveau de la paroi vésicale un diverticule de traction ».

Fistulisation. — La fistulisation survient encore plus fréquemment que la guérison de la perforation. Nous n'avons pu établir à ce sujet de rapports, car les auteurs ont souvent opéré leurs malades sans indiquer combien de temps après la perforation, de sorte que nous ignorons s'ils ont eu affaire à une perforation proprement dite (susceptible de guérir spontanément en trois semaines) ou à une fistulisation établie.

18 malades sur 43 ont guéri de perforation ou fistulisation vésicale après intervention. Il en est 7 dont la perforation s'est produite après intervention; 6 d'entre eux ont guéri peu après: un seul (Obs. 6, CARAVEN et CAILLET) a été obligé de subir une nouvelle intervention.

A côté de ces 29 cas heureux (11 guérisons spontanées 18 après intervention), le chirurgien n'étant pas intervenu dans 9 cas, 8 malades sont morts en 2 ou 3 ans; l'état du derniers et resté stationnaire (HALLÉ). Dans 4 cas, le chirurgien est intervenu: 3 malades sont morts rapidement.

En résumé, sur 43 perforations ou fistulisations, il y a eu :

- 11 guérisons spontanées.
- 17 — après intervention.
- 1 — après une seconde intervention.
- 8 morts non opérés.
- 3 — après opération.
- 1 non-guérison malgré intervention.
- 1 — sans —
- 1 résultat inconnu.

Malgré la sévérité qu'il convient en général d'apporter au jugement des statistiques, nous avons tenu à donner celle-là; sans en adopter absolument les chiffres, il nous a paru

qu'elle pourrait être intéressante au double point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS DE LA FISTULISATION. — Le plus gros symptôme de fistulisation, celui qu'on rencontre dans tous les cas, est incontestablement la pyurie.

Pyurie — Cette pyurie, qui au moment de la perforation, apparaissait comme une vomique et donnait l'aspect d'un abcès qui se vide brusquement, est ici beaucoup moins abondante; le malade ne pisse plus de pus, à l'état de pureté ou presque, comme il a pu le faire : la matière purulente est ici mélangée en plus ou moins grande quantité à l'urine.

Le pus se dépose au fond du bocal, il n'est pas totalement mélangé aux urines; il présente l'aspect de la pyurie vésicale opposée à la pyurie rénale.

Hématurie. — Les malades, dans certains cas assez rares, urinent du sang : il en fut ainsi pour une malade de Hallé qui, brusquement sans cause, au milieu de la journée fut prise d'une hématurie abondante avec des caillots. Après un arrêt spontané, une rémission de un mois, l'hématurie devint persistante. Il peut y avoir alternance entre la pyurie et l'hématurie (JULLIEN, Obs. 20); dans ce dernier cas, la durée fut de 8 jours..

L'hématurie présente les symptômes cliniques de l'hématurie vésicale, c'est-à-dire qu'elle apparaît à la fin de la miction.

Pneumaturie. — Il arrive parfois que, dans certains cas, les malades émettent des gaz intestinaux par l'urèthre. Il arrive ce que GUINARD appelait une « miction musicale ».

Cette pneumaturie survient en général à la fin de la miction. Quand la vessie est en partie remplie d'urine, les gaz se trouvent au-dessus de l'orifice uréthro-vésical; lorsque le niveau de l'urine baisse, les gaz s'évacuent. Ils sortent en pétarade

rappelant le bruit des bulles d'eau qui crèvent; l'odeur est fécaloïde.

Stercorurie. — Des matières fécales sont souvent mélangées à l'urine (Sédillot, Morgan, Person, Bazy, Fowler), et peuvent provoquer de la dysurie en s'engageant dans l'urèthre.

Miction d'aliments non digérés. — Des aliments non digérés peuvent s'évacuer par l'urèthre; c'est ainsi qu'on a vu un malade uriner des graines d'airelle (Krackowiser), le péricarpe de graines d'avoine provenant d'une bouillie ingérée quelques jours auparavant (Jervelle).

Miction de corps étrangers du tube digestif. — Des corps étrangers du tube digestif, de petite dimension, pourront être retrouvés dans les urines (grains de plomb).

Miction de parasites intestinaux. — Un enfant, cité par Kingdon, a pu extraire lui-même de son urèthre 4 ascaris lombricoïdes à plusieurs années d'intervalle; un autre de Krackowiser put retirer de son urèthre un ver encore vivant (ascaris).

Miction par la plaie opératoire (Pauchet, Poncet). — Dans une observation de Pauchet, un malade fit quelques jours après intervention une fistule appendiculo-vésicale. Ce malade rendait par sa plaie abdominale des matières fécales, du pus et de l'urine.

Tel est l'aspect clinique fonctionnel de la fistulisation appendiculo-vésicale. Mais il est indispensable de noter les signes dérivés de l'examen physique du malade :

SYMPTÔMES PHYSIQUES. — *Inspection.* — On perçoit parfois en regardant à jour frisant l'abdomen d'un appendiculaire une différence de niveau entre le côté droit et le côté gauche; la région appendiculaire forme alors une petite voussure qui se prolonge quelquefois vers le pubis.

Palpation et percussion. — Le palper bimanuel abdominal et la percussion pourront donner une indication de probabilité, de complication vésicale au cours de l'appendice, lorsqu'on percevra dans la région appendiculaire un gâteau d'adhérences péritonéales (mat à la percussion), orienté vers la vessie. Il ne faut pas croire que ce signe existe dans tous les cas; nous avons vu au contraire qu'on a trouvé assez fréquemment des abcès périvésicaux indépendants de l'appendice bien que d'origine appendiculaire.

Toucher. — Il est de la plus grande utilité de pratiquer le toucher vaginal et le toucher rectal; on arrive ainsi fréquemment à délimiter une masse bombant dans les culs-de-sac antérieur et latéral droit du vagin ou dans le rectum. C'est un des gros signes des abcès pelviens, et particulièrement de l'abcès périvésical.

Cependant il arrive que le toucher rectal ne donne aucun signe : il en est ainsi lorsque l'abcès siège en avant ou sur le côté droit de la vessie.

Ces examens sont en général douloureux; ils peuvent exagérer les phénomènes vésicaux, provoquer du ténésme, et même s'ils étaient pratiqués souvent et un peu brutalement, achever une perforation. N'avons-nous pas vu dans un cas de PAUCHET un abcès se vider ainsi dans la vessie à la suite d'une dilatation anale.

Disparition rapide des signes physiques d'abcès dans la perforation vésicale. — L'un des gros signes physiques de la perforation vésicale dans l'appendicite est tiré du palper abdominal combiné au toucher. Certains auteurs ayant ainsi reconnu un abcès périvésical ont constaté tout à coup une diminution de ces signes; l'empâtement a disparu avec une rapidité peu habituelle, la tumeur a fondu. MOULONGUET, au moment où se posait la question d'intervention, 10 jours après le début des accidents, a senti par le palper que l'abcès appen-

diculaire avait brusquement disparu (le malade urina pendant une journée un verre de pus). JULLIEN a vu l'empatement diminuer et disparaître en un mois. Chez un malade de PAUCHET qui avait une tuméfaction le long de l'arcade crurale droite, le toucher rectal faisait sentir une masse indiquant nettement un abcès pelvien en arrière de la vessie. L'abcès paraissait avoir le volume d'une orange (douleurs très vives au palper et au toucher). Le lendemain, le sujet fut endormi au kélène; l'anus fut dilaté pour faire une incision rectale; le chirurgien touche la paroi antérieure du rectum et ne sent plus d'abcès. L'abcès s'était ouvert dans la vessie et le péritoine.

Les examens cytologiques et bactériologiques des urines ont été rarement pratiqués.

Cytologie. — On trouve toujours de nombreux leucocytes et des globules de pus (Person, Therig, Otto). Parfois des particules du contenu intestinal (Münlich). Otto a vu des corpuscules brunâtres, mais il n'affirme pas que c'étaient des particules de matières fécales.

Musham a rencontré dans l'urine des cellules végétales. Enfin, on trouve parfois des débris de muqueuse vésicale (THERIG), des cellules épithélioïdes (MICHEL), des cellules épithéliales pavimenteuses, rondes et caudales, des cellules rénales, des cylindres granuleux (Pancier dans l'Obs. 50 de MOULONGUET); mais, dans ce dernier cas, le malade a fait secondairement de la pyélo-néphrite.

Bactériologie. — HALLÉ a trouvé dans des urines purulentes, après perforation vésicale, le bacterium coli commune. OTTO est arrivé à faire avec la même bactérie une culture pure qui, inoculée au lapin, a donné en trois jours de la diarrhée et de la fièvre. ROUX a trouvé une quantité innombrable de streptocoques. PANCIER (Obs. 50) a vu de nombreuses bactéries qu'il n'a pas déterminées.

Cystoscopie. — Nous n'avons pas trouvé, dans nos recherches, de renseignements précis sur la cystoscopie, au cours des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Cependant, il nous semble que les lésions observées doivent être sensiblement les mêmes que celles qu'on trouve dans les suppurations d'origine annexielle chez la femme. On voit parfois dans ces cas l'abcès bomber dans la vessie; on remarque d'autre part des modifications d'aspect de la muqueuse vésicale; il y a « œdème bulleux »; on rencontre d'ailleurs cette même lésion au point de contact de l'uretère au cours des uretéro-pyélonéphrites.

Dans nos 43 observations de perforation, nous n'avons trouvé que 4 examens cystoscopiques relatés, dont 2 sont inédits.

Jervelle n'a pas reconnu la fistule vésicale; il a vu sur la paroi droite de la vessie un petit corps brillant du volume



Fig. 3. — Aspect cystoscopique de l'orifice fistuleux. Obs. 15. (CARAVEN et CAILLET).

d'une noisette qu'il a pris pour une excroissance polypiforme; c'était un calcul.

HALLÉ a trouvé une muqueuse vésicale normale, sur la paroi droite, une fissure dont on voyait sourdre le pus quand on déprimait la paroi abdominale.

Dans notre Observation 15 (CARAVEN et CAILLET) nous rela-

lons un cas où nous avons constaté en arrière et à droite de la région des orifices urétéraux sains une dépression allongée, étoilée, entourée d'une zone très rouge; l'index du cystoscope était à droite vers 7 heures. (Voir fig. 3).

La vessie était extrêmement irrégulière, rouge avec un dépôt trouble; il y avait là, d'une façon manifeste, un orifice fistuleux. Le reste de la vessie était normal.

Nous rapportons, d'autre part, une observation de M. CARAVEN (Obs. 44), où l'auteur a vu au cystoscope une fistule appendiculo-vésicale guérie (fig. 4). Dans le bas-fond vésical, il y avait une poussière blanche composée de mucus

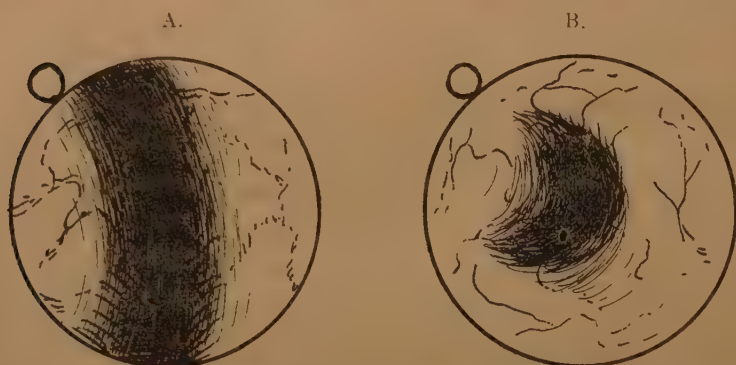


Fig. 4. — Diverticule vésical de traction consécutif à la cicatrisation spontanée d'une perforation vésicale, d'origine appendiculaire (CARAVEN).

A) Cystoscope au contact de la paroi vésicale; B) Cystoscope un peu éloigné. Obs. 44.

en grande partie et de petits graviers véritables. Les orifices urétéraux étaient absolument normaux. L'index étant à 10 h. 30, il a constaté tout d'abord une grande bande sombre, A, verticale (l'instrument se trouvait près de la paroi). Puis, éloignant le cystoscope B, il vit une tache noire qui était manifestement un diverticule vésical; dans le fond, d'ailleurs très mal éclairé, il n'a pas aperçu d'orifice; il y a promené l'extrémité d'une sonde urétérale; celle-ci ne s'est pas engagée.

IV

EVOLUTION

Bien évidemment, les différentes étapes plus haut citées ; rétention simple (réflexe) ; paralysie vésicale par péricycstite cystite ; perforation vésicale peuvent être et sont en général interrompues.

Régression. — Par régression de la péritonite : vers le 5^e ou 6^e jour d'une péritonite, en même temps que le malade va à la selle, il urine spontanément. La paralysie intestinale et la paralysie vésicale disparaissent, l'appendicite se refroidit.

Par l'acte chirurgical : le soir de l'évacuation d'un gros abcès ilio-pelvien, un malade qui n'urinait pas auparavant a une miction ; il faut donc admettre qu'en plus des phénomènes de péricycstite et de cystite interstitielle ou totale, une part des accidents dysuriques est due à la compression par l'abcès, à la déformation vésicale.

Evolution malgré l'acte chirurgical. — Il arrive parfois que l'acte chirurgical n'enraie pas le processus térébrant, et cela bien que l'évacuation de l'abcès ait annulé sa pression, bien que le processus phlegmasique soit en partie arrêté. Il est probable alors que la lésion vésicale est déjà très prononcée au moment de l'intervention.

COMPLICATIONS

Le médecin peut assister à des complications lorsque la perforation vésicale est déjà constituée depuis longtemps.

Hématurie. — Une malade de HALLÉ, brusquement, sans cause, au milieu de la journée (nov. 1890) fut prise d'une hématurie abondante avec des caillots; un mois après, du sang réapparut dans les urines, l'hématurie persista. L'exploration vésicale par la sonde a montré que l'hématurie avait bien un caractère vésical. Le diagnostic de néoplasme vésical volumineux fut alors posé. La malade, anémiée par l'hématurie persistante, fut prise de fièvre, de douleurs abdominales, de diarrhée; regardée comme inopérable, elle succomba le 9 février 1891.

Calculs vésicaux. — Les calculs vésicaux consécutifs aux fistules appendico-vésicales sont très fréquents : ils ont en général pour centre de formation un corps étranger du tube digestif : épingle (GOODE HENRY, KINGDON) passée secondairement dans la vessie, ou une particule alimentaire : pépins de fruit (JERVILLE). Mais ces calculs peuvent se former par infection vésicale (FOWLER, KRACKOWISER). Leurs symptômes se surajoutent à ceux de la fistule appendico-vésicale. Les mictions sont fréquentes et douloureuses à cause de la cystite concomitante; il y a quelquefois des hématuries, mais ces trois signes s'accusent par le mouvement, se calment par le

repos. La douleur survient surtout après la miction; parfois il y a interruption brusque du jet d'urine. A l'explorateur-résonateur, on peut avoir la sensation auditive et tactile de choc de l'instrument contre le calcul. Le toucher rectal ou vaginal pourra donner une indication; enfin la cystoscopie, rarement nécessaire sera employée dans les cas douteux.

Le calcul vésical, dans les fistules appendico-vésicales, est un signe d'une certaine gravité. En effet, la vessie est déjà infectée depuis longtemps, et l'état général du malade devient rapidement mauvais. D'ailleurs, les observations qui rapportent des cas de ce genre témoignent suffisamment à la lecture; si une intervention chirurgicale ne met pas fin à un tel état, la mort survient en 2 ou 3 ans au maximum.

KINGDON a relaté l'histoire d'un enfant de 7 ans qui avait, en 1836, une fistule vésico-intestinale. Il mourut en novembre 1839, après avoir eu une fièvre élevée et continue, après avoir dépéri peu à peu et s'être extrêmement épuisé. (Le diagnostic du calcul de la vessie n'a pas été fait du vivant du malade).

Un jeune garçon, cité par GOODE HENRY (1864), mourut en quelques jours deux ans après le début de son affection (peut-être eût-il de la péritonite, toux, vomissements).

KRACKOWISER, en 1867, fit une taille vésicale latéralisée à un homme qui présentait des symptômes de calculs vésicaux dont les selles étaient liquides, d'odeur urineuse et contenaient des mucosités, du sang, des flocons fibrineux (ténésme rectal et vésical). Le chirurgien put extraire neuf calculs. L'homme mourut 5 jours après l'intervention.

JERVILLE, en 1895, chez une jeune fille de 17 ans, crut voir à la cystoscopie une excroissance polypiforme: c'était un calcul que la malade expulsa spontanément 7 jours après. Une intervention fut faite sur l'appendice et la malade guérit.

Un homme de 62 ans qui, au cours d'une fistule appendi-

culo-vésicale, souffrait de cystite chronique, fut traité par FOWLER, en 1838. Au moment de son admission à l'hôpital de Brooklyn, il était très affaibli; on lui fit une taille vésicale pour enlever un calcul phosphatique, gros comme une noix. Le malade se rétablit rapidement (sans laparotomie); il quitta l'hôpital quelques semaines après.

Pyélo-néphrite. — La vessie étant infectée, il arrive parfois que le malade fasse une pyélo-néphrite ascendante.

En 1880, Roux cite un cas où le sujet eut des symptômes de cystite et de pyélite, plus ou moins.

MOULONGUET, en 1911, a relaté l'histoire d'un homme de 35 ans qui, au cours d'une fistule appendiculo-vésicale, eut à intervalles irréguliers, de 24 à 36 heures, des urines, claires ou limpides. Il vit l'état général du patient devenir mauvais, son teint prendre la pâleur des grands infectés. (Obs. 50).

Les sueurs devinrent abondantes, et brusquement, après un frisson survint une température de 40°5. L'auteur ajoute que, dès le début, il fut évident que l'irruption du pus dans la vessie n'avait point été inoffensive, mais avait entraîné, au contraire, des phénomènes de pyélo-néphrite, bien que, à aucun moment, il n'ait été possible de découvrir un changement de volume dans l'un ou l'autre rein, et qu'on n'ait pu déterminer de phénomènes douloureux dans la région. D'ailleurs, les urines analysées par M. Pancier, ont mis en évidence des cylindres granuleux et des cellules rénales, à côté des cellules épithéliales, pavimenteuses, rondes et caudales.

DIAGNOSTIC

Rétention réflexe. — Lorsqu'on trouve chez un appendiculaire une rétention d'urine, l'appareil urinaire étant reconnu normal, le diagnostic se fait entre toutes les rétentions d'origine réflexe : l'appendicite étant constatée, les relations de cause à effet découlent évidemment.

Mais il arrive que n'ayant pas trouvé la cause de la rétention dans une lésion de l'appareil urinaire, le médecin n'ait pas l'attention portée sur l'inflammation du vermium. Il devra systématiquement rechercher si l'un des organes abdominaux n'est pas lésé ; les symptômes fonctionnels et physiques le feront peut-être remonter à l'appendicite.

Nous avons dit que, consécutivement à l'appendicite, il peut y avoir uretéro-pyélo-néphrite (Roux, Riese) ; dans ces cas, encore, on pourra trouver de la rétention d'urine réflexe. Ici le pronostic est plus sévère, et si une intervention ne venait pas y mettre fin comme dans le cas cité par Roux, la mort pourrait s'en suivre. Il y a donc un gros intérêt à palper le rein et l'uretère, à tenir compte de la courbe de la température, de l'aspect des urines lorsqu'on se trouvera en présence d'une rétention d'urine d'origine appendiculaire.

Péricystite et cystite avec péritonite plastique ou suppurée. — Les symptômes de péricystite et de cystite étant observés, il faudra en reconnaître l'origine appendiculaire.

On examinera tour à tour les organes qui peuvent produire de tels symptômes, d'abord l'appareil urinaire lui-même (urèthre, vessie, uretère).

Annexite. — S'il s'agit d'une femme, il faudra chercher du côté des annexes; la palpation permet quelquefois de percevoir au-dessus de l'arcade crural un plastron abdominal; le toucher vaginal aidant, on explorera la mobilité de l'utérus, la déviation s'il y a lieu, la sensibilité des culs-de-sacs, leur souplesse; on y sentira parfois une tumeur. Mais ces signes physiques peuvent se confondre avec ceux d'un abcès pelvien d'origine appendiculaire. On portera donc son attention sur l'exploration de l'appendice : si celui-ci est reconnu cliniquement sain, on acceptera l'origine annexielle de la péricystite.

Sigmoïdite. — Nous avons vu dans le service de notre maître M. PEUGNIEZ poser le diagnostic de sigmoïdite dans un cas de péritonite généralisée secondaire à une appendicite gangréneuse perforante : le toucher rectal faisait percevoir au-dessus des vésicules séminales et de la prostate normale une masse douloureuse, peu consistante, volumineuse, bombant dans le rectum; sur la gauche, cette masse était plus douloureuse qu'à droite et plus dure; elle avait un relief plus localisé, elle était fixe. Or, on se trouvait en présence de troubles vésicaux qui furent exagérés par le toucher. Voici donc un malade qui avait un abcès pelvien avec des troubles vésicaux, mais dont les lésions semblaient provenir de la partie gauche de l'abdomen ou du bassin; le diagnostic d'origine appendiculaire était impossible, la palpation abdominale ne donnant rien de formel. Penserait-on à une appendicite à gauche? Or cette erreur de diagnostic s'explique bien, car la collection purulente entourait complètement l'S iliaque qui était lui-même très malade (lésions de la séreuse vers la muqueuse), à tel

point que, au début de l'intervention pratiquée d'urgence par M. CARAVEN, le diagnostic de sigmoïdite était encore admis. On voit par cet exemple typique qu'il est des cas où il est impossible de différencier cliniquement l'origine sigmoïdienne de l'origine appendiculaire dans les cas de troubles vésicaux consécutifs à un abcès pelvien.

Les moyens de faire le diagnostic de sigmoïdite sont d'ailleurs incertains à l'heure actuelle : le toucher rectal n'a jamais donné que de vagues renseignements, le toucher vaginal n'a jamais servi qu'à distinguer de la péri-sigmoïdite les affections suppurées des annexes et la pelvi-péritonite. On a pu voir à la rectoscopie la muqueuse plus rouge que celle du rectum, mais c'est vraiment insuffisant. Avec la technique de Kelly, on arrive cependant jusqu'à l'anse sigmoïde. « L'important, dit Guinard (Le Dentu et Delbet) pour le diagnostic est d'y penser ».

Il y a perforation vésicale.

1° Au cours d'une appendicite, on reconnaît une perforation vésicale. — Lorsqu'on diagnostiquera la perforation, il faudra s'assurer que la cause est bien appendiculaire.

On établira que les affections qui peuvent donner une perforation vésicale, à l'exception de l'appendice, ne sont pas en cause. Il faudra ici encore faire l'examen des annexes de l'utérus. Une lésion de l'intestin pourra, par propagation, perforer la vessie : un cancer intestinal, une tuberculose intestinale, une syphilis intestinale, une actinomycose intestinale.

Le cancer intestinal se reconnaîtra par les mœlenas, les troubles digestifs, l'amaigrissement du sujet, son âge, la radioscopie, peut-être le toucher rectal et la rectoscopie. De

plus, comme il y aura propagation à la vessie du processus néoplasique, les signes de cancer de la vessie s'ajouteront à ceux de la perforation : (hématurie spontanée, capricieuse, indolore, abondante, solitaire, répétée, terminale, non influencée par le repos et les médications), expulsion de fragments néoplasiques, parfois odeur fétide des urines, fibrinurie donnant dans le vase une gelée tremblotante (toucher rectal, palper bimanuel, cystoscopie).

La tuberculose intestinale donne des douleurs spontanées ou provoquées par l'ingestion d'aliments et la palpation, de la diarrhée grisâtre, fétide, lientérique, des mœlenas, — parfois il y a expulsion de lambeaux de muqueuse, — des épreintes. La diarrhée peut être remplacée au contraire par de la constipation; il y a de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs. La tuberculose intestinale est en général secondaire à une tuberculose pulmonaire et peut se montrer au cours de la cachexie. Après perforation vésicale, les symptômes de tuberculose vésicale s'établissent parfois.

L'actinomycose du cæcum et de l'appendice pourra léser la paroi vésicale. Elle se traduit tout d'abord par des phénomènes d'entérite ou de réaction péritonéale, ou bien elle évoluera chroniquement, sous l'allure d'un néoplasme; mais lorsque la perforation vésicale se sera produite, par la fistule s'échappera un pus chargé de grains jaunes qui pourront être trouvés dans les urines.

La fistule vésico-vaginale se produit en général après un accouchement laborieux, lors de la chute de l'escarre. Elle se reconnaît à ce que l'urine s'écoule par le vagin (odeur urineuse des malades, érythème des cuisses, de la vulve). On pourra voir l'orifice fistuleux vaginal, le rendre apparent en injectant dans la vessie un liquide qui repassera à travers la fistule.

La fistule vésico-utérine, dont l'étiologie est la même

que précédemment, donnera les mêmes symptômes fonctionnels.

Il arrive qu'une ostéite pelvienne ou lombaire d'origine tuberculeuse donne des abcès par congestion qui viennent au contact de la vessie et la perforent, mais alors le pus sera grumeleux dans l'urine; il aura tous les caractères des supurations tuberculeuses. Il faudra rechercher les lésions osseuses et l'abcès ossifluent (palpation, toucher rectal, radioscopie, etc).

2° **L'appendicite passe inaperçue: la perforation n'est pas reconnue d'emblée.** — Mais la crise appendiculaire peut avoir passé inaperçue: le malade présente de la cystite et de la pyurie et seulement des urines troubles: on pourra alors confondre la perforation avec une lésion urinaire quelconque.

L'urétrite antérieure sera reconnue aux commémoratifs, à l'épreuve des 3 verres, à l'examen de l'urèthre.

Dans l'uretéro-pyélo-néphrite, la quantité des urines est augmentée; en général, elle est trouble (polyurie trouble de Guyon), ne s'éclaircit pas par le repos. Le rein peut être senti hypertrophié, douloureux, ainsi que l'uretère. La cystoscopie montre une inflammation des orifices urétéraux. Il peut y avoir des rétentions brusques de pus, provoquant des ascensions de température.

Dans la tuberculose rénale, les urines sont riches en grumeaux caséeux, les hématuries sont peu abondantes, passagères, indolores, spontanées. Il est rare de sentir une tumeur rénale. Il y a parfois des coliques néphrétiques dues au passage de caillots fibrineux dans l'uretère. L'état général du malade, enfin la cystoscopie feront faire le diagnostic.

S'il y a cystite, on en cherchera la cause (blennorragie, calcul vésical, cathétérismes répétés et septiques, rétrécis-

sement urétral, prostate hypertrophique, etc.). La purulence des urines est faible dans les cystites tuberculeuses. On y trouvera des bacilles de Koch (coloration, inoculation au cobaye). L'hématurie est spontanée, capricieuse, peu abondante; elle n'est pas influencée par le repos. La douleur est souvent atroce, plus marquée à la fin de la miction (cystoscopie).

On peut confondre une perforation vésicale d'origine appendiculaire avec une néoplasie vésicale. HALLÉ, en 1892, sentit au toucher vaginal une tumeur qui bombait à la paroi vaginale supérieure; le palper bimanuel était douloureux, montrant bien, dit-il, que cette volumineuse tumeur siégeait au niveau de la vessie; les hématuries étaient du type vésical. On diagnostiqua néoplasme vésical volumineux (anémie intense, fièvre, diarrhée, mort). A l'autopsie, on vit dans la vessie de petites excroissances polypiformes plus ou moins pédiculées du volume d'un grain de millet ou d'une lentille, brunes et comme exulcérées à leur sommet, disséminées partout sur la face postérieure de la vessie.

Si une cystoscopie avait été faite, on aurait pu prendre cette néoplasie inflammatoire pour un cancer vésical, mais on aurait vu également deux petites perforations arrondies laissant échapper de la cavité vésicale une grande quantité de caillots putrides.

La cystoscopie est donc d'une grande utilité dans tous les cas de pyurie et d'hématurie, indispensable dans certains.

La cystoscopie permet en général de remonter à la cause de la pyurie : la fistule. Elle ne le permet pas toujours, puisque dans un cas cité par JERVILLE, en 1895, la perforation diagnostiquée ne fut pas aperçue.

Il ne faudra pas confondre l'orifice fistuleux qui donne du pus avec un uretère de pyélo-néphrite qui donne du pus également. Il suffira de reconnaître les deux orifices urétéraux

d'abord, et de savoir que l'orifice fistuleux vu au cystoscope est, en général, très différent de celui des orifices urétéraux ; nous en avons vu les formes précédemment.

3° La perforation est reconnue. Quelle en est la cause?

La fistule ayant été reconnue, il faut en rechercher la cause ; Cette recherche est quelquefois facile. Dans notre observation 15 (CARAVEN ET CAILLET), le malade ayant été opéré d'une appendicite à chaud, avait une fistule iliaque droite en même temps qu'une fistule vésicale : le diagnostic d'origine de la fistule était donc ici très simple.

Mais il n'en est pas toujours ainsi ; l'appendicite est parfois ignorée ; elle ne se décèlera qu'après avoir éliminé toutes les causes ayant pu produire la perforation : la sigmoïdite, le pxyosalpin fistulisé dans la vessie, la fistule entéro-vésicale consécutive à une gomme syphilitique, etc. Nous avons dit plus haut à quels signes on reconnaîtra ces affections.

4° Quelle est la nature de l'appendicite?

Après avoir éliminé toutes ces causes, le diagnostic se portera sur l'appendicite, mais ici encore, il s'agit de savoir de quelle sorte d'appendicite il est question. Est-ce une appendicite simple, une appendicite actinomycosique, une tuberculeuse appendiculo-cæcale?

L'appendicite tuberculeuse est rare cliniquement (Dieulafoy), mais commune si l'on s'en rapporte au microscope (Letulle). Elle a une forme en général, chronique, sans fracas. Ce qui est remarquable pour le diagnostic c'est que la résolution des « crisettes » est longue, lente. Le malade « ne se remet pas » ; il a tous les signes de la colite chronique. Et si, en présence de tels symptômes on décèle quelques antécédents tuberculeux, on devra y penser. (Guinard). *Cancer de*

L'appendicite. Rien en clinique ne peut faire penser au cancer. C'est une appendicite banale, frustre, larvée latente, sans symptômes propres. Même au cours des opérations il faudra regarder comme suspects tous les appendices qui présentent à leur extrémité libre une zone indurée, un trajet oblitéré (GUINARD).

5° Diagnostic rétrospectif.

Enfin il arrive par hasard que l'on fasse un diagnostic rétrospectif. En faisant une cystoscopie pour une raison tout autre que la recherche d'une fistule appendiculo-vésicale, on peut constater la cicatrice d'un diverticule vésical dont l'étiologie ne paraît pas douteuse lorsqu'on étudie les antécédents pathologiques du malade. Notre observation (44) en est un exemple.

VII

PRONOSTIC.

Les troubles vésicaux qui surviennent dans les péritonites généralisées d'origine appendiculaire ne sont pas graves par eux-mêmes; le cathétérisme a raison de la rétention. La péritonite est seule à mettre en cause.

La rétention réflexe et les symptômes de péricystite ne sont pas habituellement d'un mauvais pronostic. Ici encore l'évolution de l'appendicite seul doit préoccuper le médecin. Néanmoins, les troubles causés peuvent être tenaces. Nous avons cité une observation de Le Filiâtre dans laquelle un homme eut pendant 12 ans des troubles sérieux de la miction.

Il faut surtout juger ces incidents vésicaux avec la sévérité qu'il convient, car nous savons qu'ils précèdent la cystite et la perforation vésicale.

Dans la cystite. — La cystite est bénigne également; elle cède rapidement au traitement vésical, surtout après incision du foyer appendiculaire. Il n'en est pas moins vrai que les symptômes de cystite précèdent parfois la perforation.

Dans la perforation vésicale. — Le pronostic de la perforation vésicale est bien plus sévère. La perforation guérit parfois spontanément (11 fois dans nos 43 cas). Il arrive même que cette complication soit une terminaison naturelle de l'appendicite dont le foyer purulent se trouve ainsi évacué.

Après l'intervention chirurgicale, nous avons vu 18 guérisons.

Mais à côté de ces 29 terminaisons heureuses, la fistulisation a persisté chez 13 malades, dont 11 sont morts en deux ou trois ans. Cette issue fatale est plus ou moins rapide, selon les circonstances. En effet, il est prouvé (PASCAL) que plus une fistule est placée haut sur le tube intestinal, plus la nutrition du malade est mauvaise (il en est ainsi pour les anus contre-nature). Or, les fistules qui nous occupent, étant en position relativement élevée (partie iléo-cœcale de l'intestin), le malade a une nutrition défectueuse. De même, plus l'étendue de la communication intestino-vésicale est importante, plus la nutrition est faible et aussi plus la vessie a des chances d'infection. Si, d'autre part, un vaste foyer appendiculaire n'est pas évacué, qu'il persiste longtemps, il arrive ici ce que l'on voit dans les suppurations longues : la dégénérescence amyloïde des organes survient. L'état antérieur du malade entre évidemment en jeu, ainsi que son âge et la résistance de sa vessie. Les complications que nous avons vues : cystite, hématurie, calculs, pyélo-néphrite complètent ce tableau de misère. Les malades meurent alors cachectiques dans le marasme ou bien une péritonite aiguë, des accidents urémiques, une affection intercurrente même bénigne viennent rapidement mettre fin à leurs jours. Si l'on joint à cela les risques que court le malade du fait de sa lésion appendiculaire, même lorsque la perforation est guérie spontanément, il faut juger la question avec beaucoup de gravité.

Heureusement, la chirurgie a maintenant *amélioré* le pronostic de ces lésions. Le traitement médical et opératoire prévient en général les complications de l'appendicite ; il les atténue, les abrège et les guérit.

VIII

TRAITEMENT

La question d'une intervention chirurgicale quelconque sur la vessie ne se pose, bien entendu, qu'après la complication la plus grave, c'est-à-dire la perforation vésicale. Jusqu'à ce moment, il importe uniquement de s'attaquer à la collection suppurée péri-vésicale. Nous rappellerons à ce sujet que dans toute appendicite, quel que soit son foyer principal, le toucher rectal et également le toucher vaginal, s'il s'agit d'une femme, doivent être pratiqués systématiquement tous les jours, afin de dépister dès le début la fusée pelvienne d'un abcès; de la sorte, on peut intervenir dès le commencement de l'infection péri-vésicale et éviter, presque à coup sûr, les complications basses de l'appareil urinaire. On interviendra, suivant la localisation, l'âge de la collection, et les préférences du chirurgien, soit par voie vaginale, par voie rectale, ou par voie abdominale, parfois par voie abdomino-rectale ou périnéale combinée. L'administration d'urotropine de tisanes diurétiques seront de mise après l'intervention, pour pallier autant que possible, aux phénomènes douloureux de cystite, s'ils existent. D'ailleurs, dans l'immense majorité des cas, dès l'intervention opératoire effectuée, les signes vésicaux disparaissent immédiatement, qu'elle qu'ait été leur intensité auparavant.

Nous avons signalé un cas, dans lequel il s'était produit, après une intervention pour appendicite à froid et résection

de l'appendice, un abcès qui s'est ouvert dans la vessie; la guérison spontanée survint. Nous pensons que dans les cas analogues qu'on pourrait observer, l'évolution serait toujours la même, en raison de l'absence de l'appendice, et de la non-communication avec l'intestin.

Dans d'autres cas, l'abcès appendiculaire s'est ouvert dans la vessie, et la sédation a été temporaire (MOULONGNET, Obs. 50 (huit jours environ); mais des accidents infectieux sont survenus après ce laps de temps, et il a fallu inciser le foyer appendiculaire; nous pensons que dans ce cas, il faut, autant que possible, enlever l'appendice, et non pas se borner à une simple évacuation d'abcès; la guérison n'en est que plus rapide. Il en a été ainsi dans l'observation rapportée plus haut.

L'abandon de l'appendice dans la fosse iliaque après incision du phlegmon péri-appendiculaire, peut amener, en effet, la fistulisation de la plaie opératoire (Obs. 15), de sorte qu'il existe dès lors, une fistule appendiculo-vésicale, et une fistule appendiculo-cutanée. Lorsque de tels accidents se sont produits, il importe de laisser complètement refroidir les lésions, et d'opérer tardivement pour extirper l'appendice, lorsque les poches de l'abcès se sont rétractées et que les trajets fistuleux sont devenus relativement peu suppurants.

Mais on observe un certain nombre de malades chez lesquels il n'y a jamais eu incision iliaque; la perforation vésicale a guéri temporairement l'appendicite; il existe seulement une fistule vésicale et c'est uniquement pour des urines troubles que le malade vient consulter. Si l'on a pu reporter avec vraisemblance à une appendicite ancienne l'origine de la fistule, il faut inciser à droite, le long du bord du muscle droit, aller à la recherche de l'appendice et l'extirper. On suivra les trajets fistuleux jusqu'à la vessie, et si l'orifice vésical est bien visible, on placera sur celui-ci une série de points

de suture, ou un simple point en U; cela étant suffisant dans bien des cas.

Mais même lorsque l'orifice vésical est bien visible, certains chirurgiens l'ont abandonné sans le suturer, et cependant la guérison s'est effectuée régulièrement (GUINARD).

Il peut arriver que le foyer appendiculaire ouvert, l'appendice ne conduise pas du tout sur la vessie; c'était le cas dans notre Obs. 15, où le trajet partant du foyer, et allant à la vessie était très long, très induré, et cotoyait la zone dangereuse de l'uretère; dans ce cas, l'extirpation de l'appendice suffit et il est sage d'abandonner l'orifice vésical sans chercher à le suturer, et même sans chercher à le découvrir. (CARAVEN et CAILLET).

Enfin, dans quelques cas, on peut avoir à faire des interventions complexes; extirpation de l'appendice dans un premier temps; taille vésicale ou lithotritie, suivant le volume des calculs vésicaux, leur nombre, l'état de la vessie.

En somme, dès le début d'un abcès pelvien périvésical, l'incision doit être faite de façon extrêmement précoce. Si le malade vient consulter après que la perforation est effectuée, il convient de laisser refroidir la lésion avant d'intervenir, les chances d'infection vésicale profonde et d'infection de l'uretère et des reins étant minimales. Une fois la lésion refroidie, on intervient pour extirper l'appendice, et suivant que la perforation vésicale est plus ou moins accessible, on en pratique la suture ou on l'abandonne à elle-même. Il ne saurait être question de suture par la voie endo-vésicale, que dans les cas, en réalité assez rares, où la présence de calculs très volumineux dans une vessie extrêmement rétractée, rendrait nécessaire une taille hypogastrique.

OBSERVATIONS

1° Troubles vésicaux réflexes.

Obs. I. — (Inédite). CARAVEN. *Appendicite gangrèneuse. Intensité et persistance de phénomènes douloureux. Mictions douloureuses. Laparotomie. Guérison.* — Une jeune fille de 19 ans, X... à Beaucamps-le-Vieux est prise de douleurs vives dans la fosse iliaque droite pendant la nuit de lundi à mardi (26 à 27 février 1912); vers deux heures du matin elle vomit; elle vomit plusieurs fois jusqu'au mardi soir. Repos, compresses froides.

Je la vois en consultation avec le Dr Minon le mercredi à 3 heures du soir. Etat général bon, la malade est presque assise dans son lit, le faciès est rassurant. Pouls bon régulier entre 100 et 110. Ventre souple, non douloureux, sauf dans la fosse iliaque droite. A droite on sent une résistance profonde et la douleur est vive au palper. La pression réveille aussi de la douleur le long de la partie antérieure de la crête iliaque.

Mictions douloureuses.

Depuis le début, les phénomènes douloureux sont vifs, ne s'améliorent pas, empêchent les mouvements.

En raison de l'intensité des douleurs, de leur persistance au même degré depuis le début, des douleurs à la miction, de l'impossibilité où l'on est dans ce village d'appliquer un traitement rigoureux (glace), je décide d'intervenir.

Chloroforme. Incision de Jalaguier. Je trouve un gros et très long appendice retro-cæcal, courant sur la partie externe de la fosse iliaque, gangréné (plaque blanc verdâtre) à son extrémité. Extirpation. Ligature à la base, résection au bistouri sans enfouissement. 2 mèches en bas. 2 points de suture en un plan au fil d'argent, en haut de la plaie.

Le 22 mars la cicatrisation est complète.

Il est à remarquer ici que l'appendice était en situation rétrograde, élevée, vers le bord externe de la fosse iliaque. Il n'y avait pas d'abcès pelvien, et cependant la malade présentait des troubles de la miction.

2° Troubles vésicaux dans les péritonites généralisées d'origine appendiculaire.

Obs. II. — Inédite) CARAVEN. *Gangrène appendiculaire. Péritonite généralisée. Signes de sigmoïdite. Exagération des phénomènes vésicaux après toucher rectal. Intervention. Mort due à un phlegmon de la cuisse, consécutif à des injections septiques de sérum.* N... 44 ans, entre dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens (Professeur Peugniez), le 24 avril 1912. N... a eu en 1911 une crise probable d'appendicite.

Depuis le 20 avril, il n'a pas eu de selles, ni de gaz. Douleurs dans le flanc et la fosse iliaque gauche. Vomissements répétés. (porracés?)

Légère saillie du ventre à droite, sous l'ombilic. Aucune résistance au palper abdominal. Submatité des deux flancs et de l'hypogastre, tympanisme des deux fosses iliaques. La palpation profonde est douloureuse dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher rectal au-dessus des vésicules séminales et prostate normales, on constate une masse peu consistante, volumineuse bombant dans le rectum. Sur la gauche cette masse est plus dure, elle fait dans le rectum un relief plus localisé, elle est fixe et douloureuse.

On pense à une sigmoïdite. Après le toucher, le malade éprouve du ténesme, il demande à uriner, il ne peut pas : quelques instants après on lui donne un petit lavement, on l'assied sur un bassin, il urine et fait quelques gouttes de matière.

A 5 heures du soir, le 25 avril, le malade souffre beaucoup, il est couché sur le côté droit. Il souffre beaucoup plus depuis le moment où il a uriné. Le point maximum de souffrance est dans la fosse iliaque gauche. Sous la peau, on ne voit pas de contractions intestinales. M. Caraven, chef de clinique, appelé d'urgence songe à un obstacle siégeant en un point déterminé de l'intestin avec complications inflammatoires (sigmoïdite?). Le malade est dans un

état beaucoup plus grave que le matin. On a l'impression que le grand péritoine s'infecte.

M. Caraven décide d'opérer de suite. Chloroforme. Incision médiane. Il sort un peu de liquide péritonéal trouble. En arrière de la vessie on voit une coloration jaunâtre qui signale un abcès, l'anse sigmoïde adhérente à la vessie était décollée il sort un flot de pus. Le cul-de-sac de Douglas est tapissé d'une couenne d'une couleur jaunâtre. L'appendice est très rouge, adhérent par toute son étendue au feuillet postérieur du mésentère, il présente une plaque de sphacèle et une perforation (extirpation). suture de la paroi en un plan, on met une mèche qui sort par la partie inférieure de la plaie. Position assise, huile camphrée, caféine, sérum.

Le ventre était les jours suivants dans un état très satisfaisant, lorsqu'un phlegmon de la cuisse consécutif à des injections de sérum infectées est survenu. Malgré des débridements le malade est mort, certainement à cause de ce phlegmon le 1^{er} mai 1912.

Obs. 3 — (Inédite) CARAVEN et CAILLET. — *Gangrène appendiculaire. — Péritonite libre étendue, rétention d'urine, opération 4 jours et 4 heures après le début des accidents. Guérison.* — D...., 18 ans, garçon de café entre dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens (professeur Peugniez), le 17 novembre 1911.

Le 13 novembre D... est pris de douleurs siégeant dans le bas-ventre et autour de l'ombilic. Le 15 novembre, un pharmacien qu'il consulte lui donne un purgatif (45 grammes de sulfate de magnésie). La purge fait son effet mais les souffrances du malade sont exagérées.

Le 16 novembre au matin suppression des selles et des gaz. Le 17, le malade est reçu à l'Hôtel-Dieu à 3 h. 1/4. Signes de péritonite généralisée.

A droite, on ne sent aucun empatement au palper abdominal profond.

La percussion révèle de la submatité au-dessus et en dehors de l'épine pubienne droite; à la partie la plus reculée du flanc droit; à la partie tout à fait extrême de la fosse iliaque gauche et dans tout le flanc gauche. Pas de submatité sus-pubienne.

Depuis 6 heures du matin, le malade ne peut uriner.

Toucher rectal, douleur au-dessus de la prostate, surtout à droite.

On sonde le malade; 100 grammes d'urine seulement.

La gêne respiratoire, la submatité des flancs, le ballonnement étendu, la paralysie vésicale ne laissent aucun doute sur l'existence d'une infection péritonéale étendue et on décide d'opérer.

L'opération est pratiquée par M. Caraven chef de clinique.

Incision de Jalaguier. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule une sérosité trouble. Le doigt qui plonge à la recherche de l'appendice permet l'issue d'une grande quantité de séro-pus fétide. La moitié inférieure de l'appendice est totalement gangrénée; ligature; section. Deux mèches dans le foyer appendiculaire; deux points de suture à la partie supérieure de l'incision.

Sérum à haute dose; huile camphrée; caféine. Position assise.

Le malade a guéri.

3^e Péricystites.

Obs 4. — (Inédite). CARAVEN — *Appendicite pelvienne avec péritonite purulente enkystée; phénomènes vésicaux; laparotomie; guérison.* — Jeune fille 19 ans, habituellement en bonne santé.

Dans la nuit du 26 au 27 juin 1910, de 11 heures du soir à 3 heures du matin, elle danse, sans excès (fête locale). A 3 heures elle se couche, ne dort pas; elle ressent des douleurs sourdes et des battements à droite; puis soudain, à 5 heures, douleur très vive dans le bas-ventre à droite. Depuis elle est alitée. Dr Boufflers de Crèvecœur-le-Grand sans se prononcer, soigne la malade « comme une appendicite ». Il m'appelle en consultation le 8 juillet parce qu'il n'y a aucune amélioration. La température est très irrégulière depuis quelques jours; certains soirs, elle est basse, d'autres elle est à 39 degrés. Il y a deux jours notamment, elle était à 39 degrés.

Au moment où je vois la malade, la moitié sous-ombilicale de l'abdomen fait une saillie des plus nettes, appréciable quand on regarde de profil, et au palper, on trouve de la résistance dans tout l'hypogastre, résistance ferme, douloureuse, mal limitée en haut où elle avoisine l'ombilic, un peu mieux limitée sur les côtés, surtout à gauche, où elle atteint la partie interne des fosses-ilia-

ques; il y a là, à n'en pas douter, une tumeur inflammatoire, à limites irrégulières, et douloureuse; la percussion dénote, tout en bas de la submatité; la malade a uriné deux ou trois heures avant. Le reste de l'abdomen est parfaitement souple et non douloureux. Au palper de la masse hypogastrique on détermine par instants des gargouillements nets, qui témoignent qu'il y a là de l'intestin et très probablement de l'intestin fixé. Au toucher rectal (malade anatomiquement vierge) on sent le col utérin, puis au dessus une masse saillante et dépressible. A droite le toucher est un peu douloureux. Le doigt revient chargé de glaires: il y a rectite glaireuse typique.

Comme signes fonctionnels, il y a des troubles urinaires et c'est tout ou à peu près: la miction est douloureuse à la fin.

Le poulx est bon et normal.

En raison des douleurs, de la fièvre (39 degrés), de la tuméfaction hypogastrique douloureuse et diffuse, de la rectite glaireuse, je diagnostique une suppuration pelvienne située au contact ou au voisinage proche de la vessie, d'où les douleurs au moment où la déplétion vésicale mobilise les organes adjacents. (La vessie est également un peu paralysée de ce fait, et la malade a de la difficulté à uriner. Le matin, le Dr Bouffers a été sur le point de faire un cathétérisme).

La rectite glaireuse ne me paraît pas laisser de doute sur l'existence du pus. Mais quelle en est l'origine?

Il y a toute raison d'éliminer ici les suppurations d'origine génitale, et je porte le diagnostic de suppuration pelvienne d'origine intestinale (appendicite ou sigmoïdite).

En raison du volume de la tuméfaction, de la persistance des phénomènes fébriles, etc..., je décide d'intervenir, et le lendemain matin on porte la malade à la Clinique.

Intervention: Le 10 juillet. Chloroforme.

Au toucher vaginal, on ne sent pas de collection nette, ni en avant, ni en arrière de l'utérus; mais dans le cul de sac droit, on sent à bout de doigt, une petite masse dure, lobée, qui occupe l'emplacement habituel des annexes enflammées. Ceci me fait porter définitivement le diagnostic de suppuration pelvienne par appendicite; je décide une laparotomie médiane, transversale, laparotomie sus-pubienne transversale à la Pfannenstiël.

Sitôt le péritoine ouvert, sur 2 ou 3 centimètres on voit l'intestin grêle, très rouge, agglutiné, adhérent à la veine et au péritoine pariétal; il y a péritonite manifeste à ce niveau, adhésive avec sérosité légèrement trouble. Dissection prudente des anses adhérentes d'avec la vessie, en se dirigeant vers la droite du petit bassin. On ouvre enfin bien à l'endroit où le toucher vaginal avait indiqué une tuméfaction latérale droite, un abcès, contenant du pus phlegmoneux jaune, à odeur intestinale fétide typique. Je place un drain dans cette cavité d'abcès, une mèche sur une anse qui, à la partie supérieure de l'incision péritonéale est légèrement mobile; suture partielle de la paroi.

La paralysie vésicale de voisinage s'est traduite chez cette malade par une évacuation incomplète, frappante de la vessie : après miction spontanée, avant l'opération, j'ai fait sonder la malade; on a retiré une quantité notable d'urine.

Les suites opératoires ont été régulières, la malade a guéri.

Obs. 5. — (Inédite). CARAVEN. *Appendicite avec abcès, troubles vésicaux. Laparatomie, guérison.* — Le jeune X... de Rouvray, âgé de 16 ans présentait depuis quatre jours une constipation opiniâtre, quand brusquement le mardi 15 février 1910 après le repas de midi, il fut pris de vomissements alimentaires, puis bilieux dans la soirée. X... se plaint du ventre qui est très sensible à droite, nuit agitée, sans sommeil. Purgation donnée par les parents le lendemain matin. Le docteur Lloubes est appelé 24 heures après le début des accidents. Le malade a fait alors 4 selles; soif vive, pouls à 100, et 36°1 ventre dur, tendu, douloureux au point de Mac Burney (compresses froides, diète, opium sont ordonnés), le vendredi matin, pouls 130, température 38° 9.

Appelé en consultation à Rouvray par le docteur Lloubes, je vois ce jeune homme le 18 février, à 11 heures du soir. Le pouls est à 110, il n'est pas mauvais, le facies n'est pas mal, les mouvements du diaphragme sont bons.

La fosse iliaque gauche et l'épigastre sont un peu douloureux, mais souples. Mais, la fosse iliaque droite a une résistance considérable, une consistance de bois, sur une zone allongée qui

entoure l'arcade crurale, l'épine iliaque antéro-supérieure et la crête iliaque jusqu'au milieu de celle-ci. La palpation est dans cette région très douloureuse. Il n'y a pas d'espace libre et souple entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la région mate et résistante.

Le toucher rectal pratiqué par le docteur Lloubes lui a paru normal.

Le malade éprouve de grandes difficultés pour uriner, il urine goutte à goutte.

Il est évident qu'il y a là un abcès et qu'il faut intervenir d'urgence. Chloroforme. La paroi est toute infiltrée d'œdème. Au dessous du péritoine on trouve une masse intestinale adhérente, formant un magma entouré de pus à odeur infecte. Drainage au moyen de deux tubes introduits entre la masse viscérale et la fosse iliaque, l'un en haut, l'autre en bas.

Aussitôt après l'opération le pouls descend à 76. J'ai été frappé de cette diminution subite de la fréquence du pouls, elle m'a paru être du meilleur pronostic.

Le samedi matin : mictions faciles, ventre peu douloureux, envies fréquentes d'aller à la selle.

Le 2 mars l'état du malade est très bon. Guérison.

Obs. 6. — (Inédite). CARAVEN et CAILLET. *Abcès appendiculaire iléo-pelvien, dysurie, intervention, guérison.* — X... jeune homme envoyé par le docteur Lavoine de Boves, entre le 29 mars 1912 à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans le service de clinique chirurgicale, (professeur Peugniez).

Ventre souple, non douloureux, sauf au niveau de la fosse iliaque droite et de la moitié droite de l'hypogastre. L'envahissement de l'hypogastre, fait prévoir des troubles vésicaux et en effet, le malade interrogé répond qu'il a de la difficulté pour uriner depuis six jours; qu'il souffre au milieu et à la fin de la miction à tel point que quelquefois, il s'arrête brusquement d'uriner.

On note au niveau de l'hypogastre une tuméfaction allongée verticalement résistante, bien limitée, douloureuse. Le toucher rectal ne donne rien d'anormal.

Le début des accidents remonte à huit jours.

Il ne fait pas de doute que le malade soit atteint d'une appendicite avec abcès ilio-pelvien.

M. Caraven chef de clinique intervient. Choroforme.

Incision courte au maximum de la tuméfaction (sur la partie externe du muscle grand droit). Le droit est récliné en dedans, on voit juste derrière les fibres externes une légère saillie de couleur jaunâtre dans laquelle le chirurgien plonge le bistouri.

Il s'écoule du pus d'odeur infecte, contenant des matières. Il est probable que l'appendice sphacélé, s'est perforé dans des adhérences ou sectionné à sa base, on ne le recherche pas, mèche, pansement.

Guérison parfaite.

Obs. 7. — BRUN. *Appendicite. Foyer appendiculaire. Foyer secondaire (para-vésical) indépendant.* — Dans quatre cas, à côté du foyer principal péri ou rétro-cæcal et indépendamment de lui, j'ai trouvé des foyers secondaires isolés entre les anses intestinales agglutinées, foyers que je n'ai pu découvrir que grâce aux manipulations auxquelles je me livrais en cherchant l'appendice. Un siège de prédilection de ces foyers me paraît être la partie la plus interne et la plus inférieure de la région cœcale, en arrière du muscle droit, au voisinage de la vessie et je crois que dans toute opération d'appendicite enkystée, il est prudent de s'occuper de l'existence de ce foyer si l'on ne veut pas s'exposer à une opération incomplète.

Obs. 8. — LE FILIATRE. *Dysurie ancienne. Appendicite. Opération. Disparition des troubles urinaires.* — Homme de 40 ans, instituteur, qui depuis l'âge de 28 ans présentait par intermittences de la difficulté à uriner; parfois il lui arrivait d'attendre un quart d'heure et plus avant de pouvoir émettre quelques gouttes d'urine.

Durant cette période de 12 ans, il dut à plusieurs reprises se faire sonder. Remarquons encore que depuis cette époque notre malade ne pouvait uriner que dans la position verticale, et que son urine avait toujours été normale.

Rien d'intéressant comme passé pathologique sauf une blenno-

ragie à l'âge de 18 ans qui paraît avoir été bénigne. En outre une constipation opiniâtre parfois.

Trois semaines avant l'opération, le malade est pris de phénomènes péritonéaux subaigus qui l'obligent à garder le lit avec glace sur l'abdomen. Pendant les huit premiers jours de cette crise, le médecin de la famille est obligé de le sonder matin et soir, et retire chaque fois de 300 à 500 grammes d'urine normale. Durant ces trois semaines sa température se maintient aux environs de 37°,5 le matin et 38°,5 le soir; le pouls qui battait à 120 au début de cette crise se maintient à 90 environ le 8^e jour.

Je vois le malade 21 jours après le début; il a toujours conservé le lit. Etat général médiocre, facies abdominal, langue saburrale, constipation, météorisme abdominal léger, pouls à 111 à la minute, petit, dépressible, température rectale à trois heures de l'après-midi 38°3.

A la palpation, point nettement douloureux sur le milieu de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, avec irradiation du côté du pubis; chez une femme, on aurait certainement pensé à une salpingite. A remarquer une défense de la paroi assez intense à ce niveau pour empêcher la palpation profonde de la région.

A la percussion, sonorité dans toute la région. Pas de circulation veineuse supplémentaire de la peau.

Le malade n'a pas uriné depuis la veille au soir et, devant nous, soutenu par sa femme, il prend la position verticale afin d'uriner; après 20 minutes d'attente et d'efforts, il donne 400 grammes d'une urine ne présentant rien d'anormal.

Portant le diagnostic d'appendicite, nous décidons d'intervenir le lendemain.

A l'ouverture de la cavité abdominale nous trouvons un appendice long, tendu comme une corde entre le cæcum et la vessie. Le cæcum, immobilisable, adhère fortement par sa face postérieure à la fosse iliaque. L'appendice est fixé par son extrémité et sur deux centimètres environ de sa face postérieure à la vessie par l'intermédiaire d'une sorte de méso-appendiculo-vésical qui se continue sans démarcation avec le méso-appendice. Trois ligatures au catgut sur ce méso et une quatrième à la base de l'appendice; nous libérons notre appendice, et, après résection au ther-

mocautère, enfouissement du moignon dans le cæcum par une suture en bourse, le tout au catgut.

L'appendice présente trois abcès dont le plus volumineux siège à l'extrémité adhérente à la vessie; ces trois abcès renferment chacun un calcul stercoral. Le lendemain de l'opération, la température tombe à 37° le matin, à 37°,8 le soir, le pouls à 90.

On sonde le malade pendant les 4 premiers jours et le cinquième, il peut, à son grand étonnement, uriner dans la position couchée, ce qu'il n'avait pu faire depuis 12 ans.

Obs. 9. — GERSTER (Résumée). *Appendicite. Double abcès, iliaque et pré-vésical. Fréquentes envies d'uriner. Opération. Guérison.* — Jeune homme, 16 ans, constipé d'habitude, et sujet aux coliques. En août 1878, après une colique violente, le Dr Weiss diagnostique appendicite; il donne un purgatif (non efficace).

7 septembre. T. 104° Fahrenheit, gonflement dans la fosse iliaque droite. Le 10 septembre ce gonflement s'étendait jusqu'à la ligne médiane de l'abdomen.

De fréquentes envies d'uriner ennuyaient fortement le malade.

Opération. Fascia transversalis infiltré et très adhérent aux parties sous-jacentes. Une ponction exploratrice faite au fond de la plaie, près de l'os iliaque ramena du pus; incision; évacuation considérable. L'index introduit dans la cavité sent un prolongement sinueux qui se dirigeait vers la ligne médiane se rattachant à une autre collection purulente qui occupait l'espace pré-vésical. On plaça un drain dans l'abcès principal, un autre dans la cavité de Retzius. Gaze phéniquée.

20 septembre. Les drains se sont déplacés. Grande difficulté à les réintégrer en bonne place, nouvelle rétention, fièvre, douleurs.

10 octobre. Le malade se lève. Guérison.

Obs. 10. — ROUX. (Résumée). *Appendicite. Rétention. Opération. Guérison.* — Mlle M., 22 ans. Demoiselle de magasin; dyspeptique.

Elle souffre depuis le 26 juin 1889 dans la fosse iliaque droite.

Dans la nuit du 29 au 30 juin, elle se lève pour uriner. En voulant se relever du vase elle ressent une douleur d'une violence telle

qu'elle ne peut faire un mouvement et se met à crier jusqu'à l'arrivée du docteur: 38°5; Pouls 120. Douleur abdominale très forte à droite à la pression.

Rétention d'urine le 1^{er} juillet; cathétérisme; 36°5; Pouls 120. Le soir pouls filiforme, vomissements; péritonisme.

2 juillet. Nausées sans vomissements; morphine, cathétérisme, ventre toujours énorme et tendu, à droite plus sensible, matité; délire. Pouls 120. Douleurs.

3 juillet. Urine spontanée, lavement sans fèces. « Examen par le rectum nul. » Région iléo-cæcale plus douloureuse.

4 juillet. Dans la ligne de notre incision habituelle on fait 3 ponctions sans résultats.

5 juillet. Selles fétides; battement moindre; pas de vomissement.

6 et 7 juillet. T. élevée; on transporte la malade à l'hôpital pour opérer.

Opération. Dans la paroi musculaire, on trouve 3 fusées gangréneuses, verdâtre, puantes (trajet des ponctions); cæcum rouge et vide; cavité purulente correspondant à l'appendice. On découvre un lambeau verdâtre gangréné dont la forme et le volume correspondaient au processus vermiforme. A la limite où se déchire ce tube on aperçoit une lumière dans laquelle on peut introduire une sonde d'où s'échappe du pus.

On avive les bords de cette ouverture (2 sutures); nettoyage de la cavité purulente; gaze iodoformée.

Le 21 août, la malade quitte l'hôpital, guérie.

Obs. 11. — SCHWARTZ. *Appendicite à rechute. Trois abcès sous-ombilicaux. Phénomènes vésicaux. Extirpation de l'appendice pendant une période de calme. Guérison.* — Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, élève de l'Ecole des hautes études commerciales, d'une constitution très robuste, de très bonne santé, qui nous fut adressé, il y a deux mois, par un de nos confrères.

Le début de l'affection pour laquelle il nous consulte remonte à deux ans environ, du 25 décembre 1884.

A cette date, notre malade, qui avait alors 10 ans, fut pris de

violentes douleurs dans l'abdomen, avec vomissements, ballonnement, fièvre intense, tous symptômes qui firent croire à une péritonite. Vers la fin de janvier 1885, il se forme un énorme abcès de la région sous-ombilicale qui vient peu à peu proéminer au niveau de la ligne blanche et qui est ouvert au bistouri le 15 février 1885. Soulagement immédiat, le malade dit avoir rendu avec le pus, une petite masse noirâtre, sans qu'il soit possible de rien préciser à ce sujet. L'abcès ne fut fermé qu'au mois de novembre suivant.

La santé se rétablit complètement et était excellente, quand, le 25 août 1890, six ans après la première crise, l'enfant est repris des mêmes phénomènes douloureux, fébriles avec vomissements, sans cause appréciable comme la première fois. Il s'y ajoute de violentes douleurs en urinant, des mictions fréquentes; un abcès se forme au même endroit où s'était déjà formé le premier; il s'ouvre spontanément et laisse écouler une grande quantité de pus; il était cicatrisé au commencement de février 1891 et avait évolué en six mois.

Tout paraissait bien terminé; ce jeune homme était en plein cours d'études quand, vers le 25 septembre 1893, il fut repris d'un frisson très violent avec fièvre vive, d'un état adynamique avec ballonnement du ventre, qui fit porter par le confrère appelé le diagnostic de fièvre typhoïde probable.

Le jeune homme instruit par ce qui s'était passé, raconta les faits déjà survenus, et éprouvant les mêmes douleurs que les autres fois, *la même dysurie, les mêmes ténesmes vésicaux*, pensa qu'il allait se former un nouvel abcès. C'est ce qui arriva en effet. Au bout de dix jours, formation d'une collection purulente sous-ombilicale qui est ouverte au même endroit que les précédentes. Au bout de quinze jours, tout est terminé, et l'orifice fermé.

Depuis la santé est redevenue très bonne, les fonctions digestives s'accomplissent normalement, quoiqu'il y ait plutôt une tendance à la constipation. Effrayé de ce renouvellement des mêmes accidents, à échéances de quelques années, il vient, sur les conseils de son médecin, nous consulter sur l'opportunité d'une intervention pour empêcher le retour d'accidents semblables. Cela est d'autant plus important qu'il est en cours d'études et qu'une nouvelle crise peut de nouveau l'arrêter. De plus, si la dernière a été plus courte, elle a été bien plus violente. Nous le voyons le

15 août 1894. C'est un grand et beau garçon de 20 ans, sans aucune tare, ni héréditaire ni acquise.

L'examen local nous montre sur le trajet de la ligne blanche, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic une cicatrice brunâtre qui est la trace de l'ouverture de trois abcès sous-ombilicaux. Au niveau de cette région, nous ne sentons aucune résistance profonde, aucun endolorissement; la paroi abdominale est absolument normale, l'exploration de la fosse iliaque droite est absolument négative: toutefois, il nous semble sentir comme une bride profonde qui résiste à la pression du doigt, sans d'ailleurs que celui-ci provoque aucune douleur.

Toutes les fonctions se font normalement; rien du côté des fonctions digestives, ni des fonctions urinaires.

Nous étions assez perplexe au point de vue du diagnostic.

S'agissait-il d'une appendicite à répétition ayant amené ces trois crises suppuratives et douloureuses ou d'un diverticule intestinal soudé à la paroi abdominale, s'enflammant en donnant lieu à l'évolution symptomatique observée?

Quoiqu'il soit assez rare de voir l'appendicite rechuter lorsqu'elle a suppuré, je penchai plutôt vers la première hypothèse pour les raisons suivantes: existence de crises douloureuses avec réaction générale, issue de cette masse noirâtre la première fois que la suppuration se produisit, *sensation de cette espèce de bride profonde derrière la paroi abdominale antérieure.*

Si c'était l'appendice qui était le coupable, il devait présenter des connexions tout à fait anormales avec la paroi abdominale, puisque les trois fois un abcès s'était formé exactement dans la région sous-ombilicale et s'était ouvert sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la partie moyenne.

Quant au traitement, je conseillai l'intervention devant consister en une laparotomie médiane exploratrice d'abord, une action ensuite. La dernière crise avait été plus rapprochée de la seconde que celle-ci de la première et si elle avait duré moins, elle avait été par contre beaucoup plus violente comme douleurs et comme symptômes généraux que les deux premières. Comme nous l'avons déjà indiqué, le jeune homme en plein cours d'études réclamait instamment d'être mis à l'abri d'une nouvelle attaque du mal.

Je pratiquai l'opération le 6 juin. Purgatif la veille. Chloro-

formisation facile. Incision sous-ombilicale médiane de 8 centimètres de long ayant comme point médian la cicatrice brune, trace de l'ouverture des abcès. Je traverse couche par couche un tissu cicatriciel qui comble la ligne blanche. J'arrive au péritoine auquel adhèrent un certain nombre de franges épiploïques qu'il me faut décoller pour arriver dans la cavité abdominale. En portant mon doigt en dehors et en bas le long de la paroi, je sens *un cordon arrondi qui partant de la fosse iliaque vient se jeter dans la paroi*, s'y insinue pour ainsi dire ; je l'attire en dehors par sa partie supérieure et je constate que c'est l'appendice qui amène avec lui le cæcum. Il est accompagné d'une grosse masse épiploïque et n'a pas de meso. Il forme une sorte de pont tendu de la fosse iliaque à la paroi. Son extrémité libre est encastrée dans celle-ci avec une solidité qui est d'un mauvais augure pour la libération.

Néanmoins je me mets en devoir de décoller avec mon index la partie adhérente, en veillant à ne pas la déchirer et à ne pas ouvrir le canal de l'organe. J'arrive peu à peu à la désinsérer sur une longueur de 3 centimètres et à la rendre libre.

Nous procédons alors à l'ablation de l'appendice tout contre le cæcum.

Ligature séparée de la masse grasseuse qui l'accompagne, ablation de cette masse. Je taille ensuite sur l'appendice qui est rempli de matières fécales, au ras de la collerette rétractée ; je nettoie sa cavité qui s'ouvre dans le cæcum, la touche à l'eau phéniquée forte, puis je fais trois plans de sutures séro-séreuses sur la manchette qui s'involue comme un doigt de gant et ferme complètement la cavité. Il n'y a pas eu le moindre écoulement de sang dans le péritoine : la surface où était insérée l'extrémité de l'appendice est touchée à l'eau phéniquée forte ; puis le ventre est complètement refermé par un double plan de sutures, les unes péritonéo-aponévrotiques à la soie n° 1, les autres comprenant toute l'épaisseur de la paroi et au crin de Florence. Quelques sutures internes superficielles. Pansement iodoformé ouaté et compression légère : constipation pendant cinq jours avec un peu d'extrait thébaïque.

Aucun accident. Le malade se lève le 18^e jour et va porter pendant quelque temps une ceinture abdominale comme après toute laparotomie.

Voici maintenant le corps du délit. L'appendice est long de

7 centimètres; son extrémité adhérente est effilée et dépouillée de ses tuniques externes : telle était l'adhérence qu'il présentait avec la paroi abdominale. Il est ainsi détruit sur une longueur de 2 centimètres environ. Il contient des matières fécales liquides, mais aucun corps étranger. L'extrémité terminée en pointe, est tellement amincie que l'on voit par la transparence la couleur des matières qui y sont contenues. A la coupe, les parois sont un peu épaisses et comme sclérosées.

Obs. 12. — GANGOLPHE. *Appendicite hypogastrique et pelvienne. Troubles inconstants de la miction. Opération. Guérison.* — X..., âgé de 18 ans, entre dans le service de M. Gangolphe au mois de juin 1895. Depuis une dizaine de jours il est atteint des phénomènes d'appendicite : douleurs dans le bas-ventre; vomissements, fièvre. Les phénomènes péritoniques sont déjà amendés, mais la température est toujours restée élevée et la douleur s'est localisée à la région hypogastrique. Le malade accuse en outre des troubles inconstants de la miction.

A l'entrée, on note une tuméfaction légère, mais évidente, de la région hypogastrique; les flancs et la région épigastrique semblent absolument indemnes. La douleur est localisée au niveau de la région hypogastrique. Par le toucher rectal, on trouve une saillie rénitente, siégeant au niveau de la région rétrovésicale et par le toucher combiné au palper on se renvoie une vague sensation de fluctuation. A la percussion, la tuméfaction donne une sonorité complète et à timbre très élevée. La température varie entre 38°5 et 39°.

Le diagnostic porté est celui d'appendicite pelvienne et hypogastrique.

Opération le vingtième jour après le début, issue d'un demi-litre de pus mélangé à des gaz. Le doigt introduit dans la plaie se rend compte que tout le bassin est occupé par la lésion. L'appendice n'a pas été rencontré. On met deux drains en canon de fusil. Le malade a fort bien guéri.

4° Cystites.

Obs. 13. — P. GUENET. *Péri-appendicite. Incision iliaque droite. Abcès secondaire à gauche. Nouvelle incision. Accidents de cystite purulente. Guérison.* — Alice L..., superbe fillette de 4 ans, a présenté un an auparavant une 1^{re} crise d'appendicite qui dura huit à dix jours. Pendant les trois dernières semaines de décembre 1898, elle présente des troubles d'embarras gastrique et un peu de diarrhée.

29 décembre 1898. Vomissements alimentaires, puis bilieux, puis nettement fécaloïdes et repetés; le ventre se ballonne; arrêt complet des matières fécales et des gaz; le docteur Senel me demande en consultation. Je vois la malade le 2 janvier: la figure est tirée, les yeux cercles de noir, le nez pincé, le pouls bat 130 fois à la minute, la température marque 39°.5. Au palper, le ventre est à peine sensible, ou du moins c'est à peine si à droite on constate un peu de défense musculaire pendant l'exploration. Je propose une intervention immédiate.

Operation 2 heures plus tard, à 6 heures du soir: incision iliaque droite; il sort un verre à vin à peine de pus fétide, directement sous-jacent à la paroi. Drainage. Pas de lavages, pas de recherches du vermium.

3 janvier 1899. Disparition de tous les symptômes, pendant 4 à 5 jours, la température remonte peu à peu jusqu'à atteindre 39°.5 le soir, l'enfant accuse nettement une douleur vive au palper à gauche.

9 janvier. J'agrandis ma première incision, je décolle les anses intestinales à l'aide du doigt et je vide un énorme abcès siégeant à la fois à gauche et dans le petit bassin. Drainage.

10 janvier. L'état général s'améliore, mais la température oscille toujours entre 37°.6 et 38°.8. Douleurs pendant la miction et chaque fois que des gaz circulent dans l'intestin.

20 janvier 1899. Douleurs atroces en urinant; urines purulentes. Température de 37°.5 à 38°.5. Laparotomie médiane, décollement de la vessie, un peu de pus concret ramené au bout du doigt, mais pas de foyer. Drainage sus-pubien et rétrovésical. Lavage de la vessie deux fois par jour pendant huit jours. La température ne tombe à la normale que le 29 janvier.

Janvier 1900. N'a plus jamais rien eu, état florissant de santé, jamais de douleurs, pas d'éventration.

Obs. 14. — (Inédite) MOULONGUET. *Appendicite. Cystite catarrhale.* — C... 17 ans atteint le 17 avril 1912 d'appendicite grave.

Phénomènes péritonéaux généralisés (facies plombé, vomissements verdâtres, poulx petit à 130) qui fait craindre un dénouement mortel rapide. Amélioration des phénomènes péritonéaux et apparition les jours suivants d'une parotidite d'abord droite puis double qui, malgré les apparences de suppurations, guérit par résolution. Puis crachats hémoptoïdes, submatité et souffle dans le poumon droit vers la pointe de l'omoplate, toux saccadée et pénible qui fait craindre une pneumonie septique. Pendant ce temps, le ventre s'affaisse, la paroi abdominale devient plus souple, l'empâtement se localise dans la fosse iliaque droite en même temps qu'apparaissent des envies très fréquentes d'uriner et des douleurs du méat au moment de la miction. Par le toucher rectal on trouve de l'empâtement péritonéal, mais pas de collection dans le cul-de-sac pelvien.

4 mai. Incision de la fosse iliaque, un verre de pus : la cavité de l'abcès paraît close et limitée. Le doigt l'explore et ne trouve pas de trajet vers le petit bassin. Drainage. Cessation complète des phénomènes vésicaux (douleurs et envies fréquentes d'uriner). Mais l'état général reste mauvais. Huit jours après, l'empâtement envahit la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal donne les mêmes sensations.

15 mai. Nouvelle intervention. Incision de la fosse iliaque gauche. Pus en abondance. Nouvelle exploration de la fosse iliaque droite. Ni d'un côté ni de l'autre on ne trouve de communication avec la cavité pelvienne et cependant elle est empâtée. Drainage : j'effondre les adhérences, je pénètre dans le petit bassin. Il est plein de pus. Un drain plus gros que le pouce va de la paroi abdominale jusqu'à l'anus à travers le rectum incisé.

18 Mai. Le malade se plaint de nouveau de dysurie, de « pressements » et pendant une journée, il a des urines purulentes, des glaires épaisses, gluantes, collant dans le fond de l'urinoir : ses urines ressemblent à celles des prostatiques atteints d'un vieux

catarrhe de la vessie. Le lendemain, après absorption de un gramme d'urotropine, les urines s'éclaircissent.

26 mai. Nouvelle dysurie, nouvelle apparition des mêmes glaires collantes visqueuses qui disparaissent au bout de deux jours et contre lesquelles on a encore donné de l'urotropine.

Il était permis en présence de ces phénomènes de se demander s'il ne s'agissait pas d'un épanchement dans la vessie du pus du voisinage. J'ai la conviction qu'il n'en est rien. Quand le pus est apparu dans la vessie, le drainage de l'abdomen était déjà complet; il n'y a eu aucun ralentissement dans l'écoulement des drains au moment où les urines sont devenues purulentes.

Enfin ce pus avait tous les caractères du pus des catarrhes de la vessie et ne ressemblait en rien au pus fétide qui coulait abondamment par les drains. C'est donc une cystite de voisinage et non une perforation de la vessie que nous avons observée.

Juin 1912. Le malade est encore en cours de traitement.

5° Perforations vésicales simples (sans cystite).

Obs. 15. — (Inédite) CARAVEN et CAILLET. *Appendicite. Intervention. Fistule appendiculo-vésicale. Nouvelle intervention. Guérison.* — D.... Charles, 18 ans, employé de bureau. Entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans le service de clinique chirurgicale (Professeur Peugniez), le 23 octobre 1911.

Ce jeune homme a fait en août 1910 une crise d'appendicite. Il a été opéré le 10 septembre 1910, à l'Hôpital de Ham (Somme) par son médecin, le Docteur Duvivier, pour un phlegmon appendiculaire. Chloroforme. Incision en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il est sorti une grande quantité de pus. Le malade a été immédiatement très amélioré, mais il a continué de suppurer. Six semaines environ après, il s'est aperçu qu'il rendait du pus dans ses urines en plus ou moins grande quantité suivant les jours; cela sans réaction vésicale (sans douleurs, sans pollakiurie). Pendant 6 mois, on laisse des tubes à drainage. En février 1911, l'état de D.... s'étant suffisamment amélioré, le malade est sorti de l'hôpital mais toujours avec une fistule cutanée et un peu de pus dans les urines. En septembre 1911, D....,

est revenu voir le D^r Duvivier qui lui a conseillé d'aller à Amiens se faire opérer de sa fistule vésicale.

Le 23 octobre 1911, le malade entre dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens : on trouve en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite une incision cicatrisée dans sa plus grande étendue. Cependant à sa partie moyenne on trouve une petite croûte qui recouvre un pertuis se dirigeant vers la profondeur. A ce niveau, la peau est adhérente aux plans profonds et on sent une induration qui témoigne de l'existence d'un trajet fistuleux iliaque. Le reste de la fosse iliaque est souple. Au palper bimanuel de la région rénale droite, on ne sent rien d'anormal et le malade ne souffre pas. Il ne souffre pas sur le trajet de l'uretère droit. Du côté gauche, on ne sent pas non plus le rein, le palper de la région urétérale n'est pas douloureux.

Au toucher rectal, on sent une prostate normale, un bas-fond vésical non saillant et souple.

Examen cystoscopique. — Les orifices urétéraux sont normaux, mais en arrière de la région des deux uretères on constate une dépression allongée et entourée d'une zone très rouge, à droite, vers 7 heures; à l'entour, la vessie est extrêmement irrégulière, rouge avec un dépôt trouble; il y a là d'une façon manifeste une fistule.

Le reste de la vessie est normal (voir fig. 3).

A l'examen des urines on a trouvé des cellules épithéliales et des leucocytes.

Opération. — L'intervention a été pratiquée par M. Caraven, chef de clinique. Le chirurgien fait une incision le long de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il découvre et suit le trajet fistuleux qui conduit à une vaste cavité à laquelle fait suite un diverticule en Y. La branche postérieure de ce diverticule se dirige vers la colonne vertébrale, au devant de l'aorte et de la veine cave, la branche antérieure se tourne vers la vessie. Pendant toute l'opération on n'a pas aperçu la vessie. Le péritoine soigneusement protégé par des compresses est ouvert: on voit un appendice enflammé dont l'extrémité inférieure vient s'ouvrir dans la cavité en Y (fig. 1). On trouve dans l'abcès un calcul stercoral (fig. 2).

Pendant longtemps les urines restèrent troubles et purulentes, mais en décembre elles devinrent claires.

Le 8 décembre, la cystoscopie ne donna plus aucun résultat.

Le 10 décembre, le malade sort du service, se considérant comme guéri. Il est néanmoins porteur d'une petite fistule cutanée. Le Dr Duvivier revoit D... quelque temps après : la petite fistule cutanée persistait. Le malade ne s'en tourmente d'ailleurs pas et continue son travail.

Au 30 mai 1912, la petite fistule existait toujours. Quant aux symptômes de fistulation appendiculo-vésicale, ils n'ont pas reparu.

Le malade refuse une nouvelle cystoscopie.

Obs. 16. — (Inédite.) PAUCHET (d'Amiens). *Abscès pelvien d'origine appendiculaire, ouvert dans la vessie. Intervention à froid, fermetures de l'orifice vésical.* — J. C., 6 ans, a présenté une première poussée d'appendicite en mars 1911. La crise a duré 5 ou 6 jours; quelques douleurs en urinant; pas d'émission de pus dans l'urine. Deuxième crise en août 1911; la crise dure 15 jours et s'accompagne d'un léger gâteau dans la région sus-pubienne. La malade éprouve encore quelques douleurs en urinant; pas de pus dans les urines.

Octobre 1911. Crise plus violente, péritonisme, durée 4 semaines; abcès pelvien; celui-ci s'ouvre spontanément dans la vessie; urines fétides pendant 3 semaines; urines purulentes pendant 2 mois 1/2.

Le Dr Prévost (de Chauny) qui soigne la malade, l'envoie au Dr Pauchet à Amiens deux mois après la fin de la dernière crise.

Etat actuel : digestions mauvaises, très souvent embarras gastrique; symptômes d'entéro-colite; selles glaireuses; muco-membranes; ventre plat; région de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite sensible à la pression.

Opération le 16 décembre 1911 par les Docteurs Pauchet et Sourdat: anesthésie à l'éther; incision de Jalaguier: celle-ci est choisie parce qu'il y a eu des symptômes d'appendicite pelvienne et qu'il faudra probablement réséquer un appendice adhérent à la vessie.

L'incision de Jalaguier fait découvrir un appendice volumineux plongeant dans le bassin et complètement adhérent par sa pointe au sommet de la vessie. Section de l'appendice au niveau de sa base. Le moignon est enfoui, puis l'appendice est attiré de haut en bas et séparé peu à peu des adhérences à l'aide d'une pince à

disséquer et d'une compresse. Finalement on arrive à sa pointe où on trouve encore du pus concret. L'adhérence de la pointe avec la vessie est complète. Section aux ciseaux; attouchement à la teinture d'iode. *Le point ulcéré de la paroi vésicale est enfoui sous un point en U au catgut*; par dessus on fait une greffe à l'épiploon. Fermeture de la paroi en un plan sans drainage.

Obs. 17. — (Inédite). PAUCHET. *Abcès pelvien d'origine appendiculaire ouvert dans la vessie. Intervention. Fermeture de l'orifice vésical. Guérison.* — Mlle R... a présenté il y a 2 ans, et il y a 4 ans une crise d'appendicite très grave avec péritonite. La dernière crise date de 2 mois et demi. Elle s'est accompagnée d'un abcès pelvien qui s'est ouvert *dans la vessie*; depuis sa crise, l'urine a toujours été purulente. Amaigrissement considérable. Le Dr Sainte-Marie Dodeuil (de Ham), l'envoie à la clinique du Dr Pauchet. Sujet très déprimé; très amaigri. Intervention le 11 février 1908: adhérences nombreuses. Le cæcum est cherché, puis la base de l'appendice qui est sectionné et lié. Le moignon est enfoui; l'appendice est disséqué péniblement et enlevé; il présente la forme d'une vessie natatoire de poisson; ses deux segments renflés étant chacun rempli de pus. La pointe de l'appendice est complètement adhérente à la vessie au niveau de sa paroi postérieure. La surface cruentée de la vessie est suturée, mais les fils coupent. On laisse un tube dans le bassin. Suintement abondant après l'opération; légère réaction péritonéale. La malade vomit pendant 2 jours de suite; le ventre n'est pas ballonné et reste plat. Température oscille entre 38°5 et 39° pendant 8 jours. Hémorragie intestinale le 10^e jour. Convalescence assez lente. La malade quitte la clinique guérie au bout de 25 jours. Bonne santé actuellement.

Obs. 18. — (Inédite) PAUCHET. *Abcès pelvien d'origine appendiculaire. Ouverture de l'abcès dans la vessie probablement après une dilatation de l'anus. Laparotomie, drainage. Nouvelle intervention. Guérison.* — M. D... 37 ans malade du Dr Trouvain (de Pierrepont); tempérament sanguin, sujet robuste, a présenté 3 crises appendiculaires en novembre, décembre et janvier

Il y a 15 jours, poussée de péritonite; température 38°, rétention d'urine: symptômes d'abcès; est envoyé à la clinique du Dr Pauchet le 17 janvier 1909; tuméfaction le long de l'arcade crurale droite; le toucher rectal fait sentir une masse indiquant nettement un abcès pelvien en arrière de la vessie. L'abcès paraît du volume d'une orange. Douleurs très vives au palper et au toucher. Le chirurgien décide de faire une incision rectale le lendemain matin.

18 janvier. Intervention. Le sujet est endormi au kélène; l'anus est dilaté; le chirurgien touche la paroi antérieure du rectum et ne sent pas d'abcès. Il craint que la collection ne se soit ouverte dans le ventre pendant le transport du malade dans la salle d'opérations.

Laparotomie médiane faite immédiatement. On trouve du pus crémeux, verdâtre dans le ventre; l'abcès s'est donc ouvert spontanément pendant le transport du malade; lavage du péritoine à l'eau salée. La collection pelvienne est cherchée à l'aide du doigt. Un drain est placé dans la cavité. Le malade urine du pus pendant les jours suivants; il sort également un peu *d'urine par la plaie sus-pubienne*. L'élimination de pus par la vessie dure environ 3 semaines. La plaie abdominale est fermée au bout d'un mois.

2° opération 3 mois après. Laparotomie médiane sur le plan incliné. Recherche de l'appendice qui est sectionné à sa base et disséqué du haut en bas. Sa pointe adhère à la vessie. On trouve encore du pus concret sous forme d'une masse crémeuse du volume d'une noisette. La surface cruentée de la vessie est comblée à l'aide de l'anse sigmoïde du côlon par 4 ou 5 points séparés. Fermeture du ventre sans drainage en un plan au fil de bronze. Guérison.

Obs. 19. — (Inédite) PAUCHET. *Appendicite. Réaction vésicale. Perforation vésicale. Incision rectale d'un abcès et incision sus-pubienne. Nouvelle intervention à froid. Guérison.* — M. D... 21 ans, a présenté deux crises; à sa troisième crise il est envoyé par le Dr Prestrelle (de Rozières), à la clinique du Dr Pauchet le 3 février 1908.

Température 39° 5 (16^e jour de la crise) douleurs vives en uri-

nant; ventre ballonné; pouls 100, encore bien frappé. *Toucher rectal* fait percevoir un *abcès haut situé*. Les urines sont troubles depuis la veille. Chaque miction est accompagnée de douleurs très vives.

Intervention : incision rectale donne un écoulement de pus dont la quantité peut être évaluée à celle d'un verre à Bordeaux. Grâce à l'anesthésie générale, on perçoit une masse qui n'est point ouverte et qui siège plus haut. Incision sus-pubienne immédiate.

Deuxième collection à la limite de l'hypogastre et du contour supérieur du bassin. L'abcès est ouvert. Un *drain* est introduit dans le *rectum* et l'autre dans la *plaie sus-pubienne*; *l'urine sort par les deux orifices*. L'urine reste purulente. Ecoulement d'urine pendant 3 semaines environ, tant par le rectum que par la plaie sus-pubienne. Le malade quitte la clinique, guéri le 8 mars. Les urines restent purulentes pendant 3 semaines encore.

Extirpation de l'appendice à froid : 3 mois plus tard. L'appendice est très aminci à son extrémité; il plonge dans le bassin; il est impossible de retrouver ses relations avec la vessie.

Obs. 20 — (Inédite) JULLIEN, d'Amiens. *Abcès appendiculaire ouvert dans la vessie. Pyurie, hématurie. Guérison spontanée. Résection de l'appendice à froid*. — T..., 13 ans, garçon.

Le 3 octobre 1911, il est pris des phénomènes classiques d'une crise d'appendicite : douleur vive et brusque dans le flanc droit, vomissements abondants, élévation de température, accélération du pouls, et tous les signes qui marquent la réaction péritonéale.

Le lendemain, la mère donne au petit malade un purgatif.

Le surlendemain, il y a accalmie manifeste, sédation accentuée des symptômes : le malade semblait marcher vers la guérison. Mais le 7 octobre l'état empire : on est en présence d'une péritonite généralisée.

Le Dr Devillers de Roye voit l'enfant à cette époque; la situation est extrêmement grave, température élevée, pouls petit, rapide, vomissements incessants, verts, porracés, tout le ventre est le siège d'une sensibilité exquise.

Glace, sérum. Le 8 même état. Je vois le malade le 9, je constate une tuméfaction de la région inférieure de l'abdomen, et par le tou-

cher rectal un empâtement. La péritonite va peut-être se localiser. Je refuse d'opérer (tant la faiblesse du malade est grande), avec l'espoir d'une localisation de l'inflammation. Le 10 en urinant, le malade constate dans son urine une grande quantité de pus, la température tombe, l'état général est meilleur : il y a évacuation du pus appendiculaire dans la vessie. Les urines sont ainsi purulentes pendant quelques jours. Quand il n'y a pas de pus, il y a du sang. Au bout d'une semaine, les urines redeviennent absolument claires. En même temps, l'empâtement diminue : au bout d'un mois, il n'y en a plus trace. La guérison est obtenue.

En décembre 1911, scarlatine moyenne.

En janvier 1912, résection de l'appendice à froid.

Obs. 21. — MÉNIÈRE. *Tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque. Symptômes gastro-intestinaux. Ténésme. Fistules intestinale et vésicale. Guérison.* — X..., 20 ans, porteur d'eau, assez faible; écart de régime qui donne lieu, en août 1827, à des nausées, des coliques et une diarrhée abondante qui dure 12 jours, Constipation pendant 3 jours, et bientôt symptômes gastriques, ténésme très douloureux. La fosse iliaque droite est le sujet d'un gonflement avec des élancements. Saignée de bras, sangsues.

Le 17^e jour, le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

La tumeur a le volume de deux poings, et le pus est rejeté au dehors de l'anus. En même temps, les urines jusque-là claires déposent une grande quantité de matières blanches ayant l'aspect du pus. Cette double évacuation continue pendant quelque temps et au bout de 10 jours le malade sort guéri.

Obs. 21 bis. — MÉNIÈRE. *Abcès de la fosse iliaque droite, ouvert dans la vessie, l'intestin et à l'extérieur. Guérison.* — Garçon de 11 ans, qui fut soigné pour une entérite grave occasionnée par des moyens empiriques employés contre le ténia. 3 mois seulement après la sortie de l'hôpital, on s'aperçoit de l'existence d'une tumeur ayant le volume d'une grosse orange et siégeant dans la fosse iliaque droite. Pendant les deux mois qui suivirent, la tumeur s'accrut peu à peu. Enfin il se fit une fistule cutanée par laquelle le pus s'écoule au dehors; suppuration peu

abondante. La fistule cutanée se ferme bientôt et les accidents reparaissent. Quinze jours après, le pus est rejeté par les selles. 8 mois après le début des accidents, amaigrissement du sujet, diarrhée persistante, inappétence; mucus purulent en abondance dans les urines. La cicatrice cutanée ne tarde pas à se rompre, et le pus s'écoule à la fois par le rectum, par la vessie et par l'ouverture extérieure. Au bout de 2 mois, guérison complète.

Obs. 22. — J.-H. JOHNSON. *Cæcal ulcération. Appendiceal abscess. Perforated bladder. Autopsy.* — Jeune homme présentant tous les symptômes de la phtisie pulmonaire et des phénomènes de cystite avec miction très douloureuse. L'état de l'urine qui est pâle, trouble, acide et qui contient de l'albumine, fait penser à l'existence d'une affection rénale. Les traitements employés ne produisent aucune amélioration des troubles vésicaux. Le malade va de mal en pis et finit par mourir subitement.

Autopsie. — Tubercules à toutes les périodes dans les poumons. Reins parfaitement sains. Vessie saine au premier coup d'œil; sa muqueuse n'est ni enflammée, ni épaissie; mais sa paroi antérieure présente vers sa partie moyenne un orifice fistuleux ayant à peine le diamètre d'un pois. Cette ouverture communique avec la fosse iliaque droite par un trajet sinueux qui aboutit à un abcès formé en partie par le cæcum, en partie par du tissu cellulaire. Une large partie du cæcum était détruite par un travail d'ulcération considérable. La muqueuse cæcale, celle de l'iléon et de la valvule correspondante étaient profondément ulcérées.

Obs. 23. — SALZER et REULING. *Pérityphlite; fistule vésico intestinale.* — Femme de 35 ans, bien portante jusqu'à son accouchement, qui eut lieu il y a deux ans. Depuis ce temps, troubles menstruels et anémie. Elle entre à l'hôpital, le 13 mai 1853 avec le diagnostic de catarrhe gastro-intestinal fébrile. Au bout de huit jours, tuméfaction de la région iliaque droite, nettement délimitée par la percussion et très sensible à la pression. L'emplacement de cette tuméfaction correspondant exactement à l'appendice vermiforme, on porte le diagnostic de pérityphlite. Traitement : saignées locales et répétées, cataplasmes continus, opium.

Malgré le traitement, la tumeur augmente de volume, les douleurs deviennent plus intenses, les symptômes s'aggravent. La fièvre et la diarrhée épuisent considérablement la malade, ce qui rend l'opération impossible. Trois mois après le début de l'affection (6 août 1853), pleurésie gauche compliquant une péritonite généralisée due à une perforation de l'appendice.

Mort le 16 août 1853.

A l'autopsie on trouve de nombreuses adhérences de tous les organes abdomino-pelviens. Entre les anses intestinales existe une cavité parfaitement délimitée par les adhérences, et remplie de matières fécales liquides. Perforation du cæcum de la grandeur d'un noyau de cerise. De ce foyer part un long conduit fistulaire s'étendant jusqu'à la vessie, à la paroi postérieure de laquelle apparaît un orifice gros comme une pièce de 50 centimes, et par lequel les fèces étaient entrées dans la vessie. L'appendice, difficile à trouver au milieu des adhérences, présente aussi une perforation grande comme un pois et dont un autre conduit fistulaire aboutissait au foyer fécal décrit plus haut. La sonde, introduite dans l'appendice, se heurta à un corps dur (grain de plomb).

Il était impossible, ajoute l'auteur de reconnaître l'existence de la fistule vésicale *in vivo* : car la malade rendit involontairement ses urines et ses matières, surtout dans les derniers jours de sa vie.

Obs. 24. — MÜNNICH. Homme d'âge moyen, reçu à l'hôpital pendant l'hiver 1857-58, avec tous les signes d'un épanchement péritonéal circonscrit dans la fosse iliaque droite. Quinze jours après, surviennent de fortes douleurs dans la région vésicale. Dans l'urine recueillie se forme un dépôt muco-purulent ; en même temps, on remarque une diminution considérable de l'épanchement. L'odeur fécaloïde de l'urine qui se manifeste après, et l'examen microscopique qui révèle dans l'urine des particules du contenu intestinal mettent hors de doute une communication entre l'intestin et la vessie. Toutefois, au bout de dix à douze jours, la fistule s'oblitéra spontanément, car on ne trouve plus de fèces dans l'urine. Celle-ci renferme encore du pus pendant quelque temps ; mais, environ huit semaines après l'entrée, le malade put

être considéré comme guéri. L'examen de l'abdomen, avant son départ, démontre que l'épanchement dans la fosse iliaque droite avait complètement disparu. A travers les parois abdominales flasques, on sentait nettement une masse dure en forme de cordon, qui semblait être, du moins en partie, l'appendice vermifère oblitéré.

Obs. 25. — ROCHESTER. TH. F. — *Pérityphlitic abscess discharging into the bladder and rectum with pathological specimen.* — Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, qui vint consulter en juin 1875. Il présente une tuméfaction de la région iliaque droite, sensible au toucher et douloureuse en même temps, surtout au mouvement. Cette tuméfaction semble être très circonscrite et n'être pas plus grosse qu'une orange. On exclut le diagnostic de hernie et de bubon et l'on pense avoir affaire à un abcès iliaque ou à un abcès pérityphlitique. Une opération exploratrice était décidée pour le lendemain lorsque, à la grande surprise de l'auteur, la tuméfaction s'évanouit en même temps que du pus et des matières fécales s'échappaient par l'urèthre. Médication tonique et repos absolu. Le jeune homme resta sous les soins de l'auteur pendant environ six mois, puis il alla consulter, à partir de janvier 1876, différents médecins qui ne lui conseillèrent pas de se faire opérer. Il mourut le 20 septembre 1878.

Autopsie. — Les anses intestinales, dans la fosse iliaque droite, sont très fortement adhérentes les unes aux autres et aux parties voisines. L'appendice, dilaté, était solidement fixé à la paroi abdominale antérieure et plongeait dans un abcès provenant probablement de l'appendice. Cet abcès renferme environ deux onces de matières fécales et de pus et communique par un large orifice avec le bas-fond de la vessie, et par un autre, avec le rectum. L'abcès était si localisé par les adhérences environnantes qu'il lui avait été impossible d'évacuer son contenu dans la cavité péritonéale.

Il est probable que, dans ce cas, ajoute l'auteur, une opération précoce aurait été couronnée de succès.

Obs. 26. — HALLÉ. *Douleurs dans la fosse iliaque droite. Après sept semaines, pus dans les urines. A l'endoscope : sur*

la paroi vésicale droite existe une fistule qui laisse échapper du pus. Pas de cystite. — Mme J..., 24 ans, entrée le 5 février 1892; mariée depuis trois ans. Peu de temps après, très vives douleurs dans le côté droit du ventre; après sept semaines de douleurs croissantes, la malade qui, jusqu'alors avait eu des urines très claires, urine tout à coup des flots de pus.

A son entrée, au toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac droit une tuméfaction pyriforme qui se prolonge en avant du côté de la vessie. A l'endoscope, muqueuse vésicale normale. Sur la paroi vésicale droite, fissure dont on voit sourdre le pus quand on déprime la paroi abdominale. Les urines purulentes contiennent du *bactérium coli commune*.

Etat stationnaire depuis lors; urines toujours purulentes, sans cystite.

Obs. 27. — BRUN. *Abcès de la cavité de Retzius par appendicite. Perforation vésicale. Mort, autopsie.* — Garçon de 9 ans présente une tuméfaction grosse comme un œuf de poule, dans la région hypogastrique droite. Douleurs intenses; mictions fréquentes, douloureuses et peu abondantes. La tuméfaction augmente de volume, devient médiane, et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le pubis est douloureux à la pression. Température, 38°5. Diagnostic posé : *abcès de la cavité de Retzius d'origine appendiculaire*. Intervention décidée. L'enfant endormi au moment où l'on se prépare à le sonder, urine seul; mais son urine est trouble, d'odeur fécaloïde et contient des grumeaux de pus. L'ouverture de l'abcès dans la vessie est évidente. Laparotomie médiane qui laisse échapper un mélange de pus et de sang fétide, d'odeur fécaloïde et on se trouve en présence d'une poche du volume d'une mandarine, autour de laquelle existe une induration énorme de la paroi abdominale. Vomissements. Température, 39°2. Mort le soir de l'opération, 20 jours après le début des accidents.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée 36 heures après la mort. L'abdomen est ouvert au moyen d'une incision curviligne, allant d'une épine iliaque à l'autre, en passant au-dessus de l'ombilic, de façon à obtenir un grand tablier que l'on puisse rabattre. Au moment où l'on incise le péritoine, un flot de liquide séro-purulent

s'échappe, l'épiploon adhérent à la face postérieure de la paroi abdominale est coupé; la paroi est alors soulevée et permet d'apercevoir les anses intestinales baignant dans le pus. Leur surface péritonéale est rouge et dépolie, mais elle n'est pas recouverte de fausses membranes; la péritonite purulente généralisée paraît assez récente.

Dans le but de rechercher les rapports que l'appendice pouvait bien avoir avec toutes ces lésions, on enlève en une seule masse la partie de la paroi abdominale qui contient l'abcès avec la vessie, le cæcum et un certain nombre d'anses de l'intestin grêle qui adhèrent à la face postérieure de la paroi abdominale.

Le cæcum était absolument libre dans la fosse iliaque droite, ne présentant aucune adhérence, ni avec la paroi ni avec les autres anses intestinales.

On recherche alors l'appendice. Il part du côté externe du cæcum, le contourne, se dirige en avant et en dedans de la ligne médiane, et son extrémité vient se perdre dans la paroi postérieure de l'abcès pariétal.

Tout le corps de l'appendice est sain, libre, sans adhérences. Le doigt introduit dans l'abcès de la paroi abdominale, permet de sentir au fond et à droite de la poche une sorte de dépression, de diverticule qui répond au point où l'extrémité de l'appendice vient se perdre dans la paroi de l'abcès. Une sonde cannelée introduite dans ce diverticule pénètre très facilement dans l'appendice. Il y a donc perforation de l'appendice à son sommet et large communication de sa cavité avec la poche purulente.

Les anses de l'intestin grêle que l'on avait enlevées avec la masse de la tumeur, n'adhèrent que faiblement à la face postérieure de l'abcès et s'en laissent très facilement détacher; mais, en ce point existe une large perforation qui fait communiquer l'abcès avec la grande cavité péritonéale. Cet orifice se trouve situé au-dessus et en dedans de la perforation appendiculaire.

La vessie est ouverte : elle contient du pus; ses parois sont très épaissies, surtout au niveau du sommet et de la face antérieure devant laquelle l'abcès descend assez bas. Sur la muqueuse se trouvent de nombreuses taches ecchymotiques, et c'est dans un de ces points ecchymotiques qu'a dû se faire la perforation, mais on ne peut l'apercevoir.

Quant à l'abcès lui-même il est bien pariétal : il est situé immédiatement derrière les muscles droits : sa paroi postérieure est fermée en haut par le péritoine épaissi et le grand épiploon adhérent ; en bas, par la face antérieure de la vessie.

Le reste de l'autopsie ne présentait rien de bien particulier : tous les organes étaient très congestionnés, spécialement les poumons et les méninges ; les reins étaient normaux ; le foie et la rate déjà en décomposition cadavérique avancée.

Il nous reste un dernier point à signaler : c'est que, au moment de l'intervention, du pus de l'abcès a été recueilli dans une pipette stérilisée. Ce pus, à l'examen direct sur lamelles, s'est montré, très riche en microbes de formes extrêmement variées, semblant représenter toute la flore intestinale. En semence dans du bouillon et sur gélose, il n'a donné naissance à aucune colonie.

En résumé, l'autopsie nous a montré que la mort avait été déterminée par une péritonite purulente généralisée, consécutive à la perforation de l'abcès de la cavité de Retzius, abcès qui était lui-même sous la dépendance d'une appendicite perforante.

Obs. 28. — OESTERLEN OTTO. *Über den Durchbruch perityphlischer Abscesse in die Blase und die andern Hohlorgane des Beckens.* — Jeune homme de 16 ans, sans antécédents héréditaires. A eu la rougeole dans son enfance. En mars 1895, pérityphlite avec douleurs violentes, qui le tient alité pendant neuf semaines.

En juin 1895, dysenterie ? Peu de temps après, oreillons. Le 23 septembre, il se plaint de douleurs abdominales accompagnées de vomissements et de diarrhée. Les jours suivants, les douleurs ne s'améliorant pas, nécessitent son admission à l'hôpital, le 26 septembre. Inappétence, diarrhée fièvre (T. 38°5) ; tout l'abdomen est rénitent, surtout à droite, hypersensibilité dans toute la région sous-ombilicale ; les douleurs sont particulièrement vives à droite.

Légère matité au-dessus du ligament de Poupart droit. L'urine est claire et ne renferme ni albumine, ni sucre. Opium. Le 28 septembre, l'abdomen est encore très tendu ; douleurs vives à la palpation dans le côté droit de l'abdomen. Le 30 septembre, les douleurs ont diminué ; l'abdomen est encore tendu, mais il semble

plus mou. Dans la fosse iliaque droite, tension plus considérable que dans la fosse iliaque gauche. Les jours suivants, douleurs plus ou moins vives.

Le 5 octobre, les douleurs reparaissent plus vives dans le côté droit de l'abdomen : fièvre (T. 38°7). A trois travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic, tuméfaction très sensible. Opium et compresses très chaudes sur l'abdomen. Le 6 octobre; l'urine est trouble et renferme un dépôt abondant; l'examen microscopique de l'urine révèle la présence de nombreux leucocytes et de quelques corpuscules brunâtres; on ne saurait dire sûrement si ce sont là des particules de matières fécales. Les jours suivants, pus dans les urines; l'examen bactériologique donne des cultures pures de *bactérium coli* commune, qui, inoculées au lapin, provoquent en 3 jours de la diarrhée et de la fièvre. Le 11 octobre, la vessie forme une tumeur piriforme au-dessus de la symphyse et sensible à la pression. Les mêmes phénomènes persistent pendant plusieurs jours. Le 14 octobre, disparition de la sensibilité vésicale, l'urine ne renferme plus qu'un peu de pus.

Deux jours après, le malade fait une selle brune et consistante, l'urine est presque sans dépôt, et l'abdomen est plus mou. Le 24 octobre, toute la région vésicale n'est plus douloureuse, et le 26, le malade est considéré comme guéri.

Obs. 29. — LUTAUD. *Appendicite pelvienne prise pour une annexite. Ouverture dans la vessie. Guérison.* — Femme de 32 ans, prise subitement en 1881, d'une douleur foudroyante, généralisée dans tout le ventre. Elle avait été prise de vomissements; et le médecin appelé auprès d'elle l'avait traitée pour une péritonite. Ne s'est jamais remise complètement, et a été reprise, à différentes époques, d'accidents similaires.

A l'examen fait le 3 avril 1895, on trouve l'utérus enclavé dans une masse de tumeurs en apparence fluctuantes; la plus volumineuse s'étendait à droite et semblait remonter, très haut. La température est normale. Pas de sécrétions vaginales; mais il s'écoule par la vessie, à chaque miction une quantité énorme d'un pus horriblement fétide : gonocoques dans le pus.

Hystérectomie vaginale. La cavité de l'abcès mesurait 30 centi-

metres de profondeur et s'étendait jusqu'aux confins de foie. A l'examen des organes enlevés on reconnut qu'ils étaient parfaitement sains. Quelques jours avant l'opération, la fistule faisant communiquer l'abcès avec la vessie, s'était bouchée et il en est résulté pour la malade une augmentation de tous les symptômes. Guérison.

Obs. 30. — BAZY. *Appendicite avec abcès pelvien ouvert dans la vessie.* — Homme de 49 ans, envoyé par un médecin comme atteint de tumeur de la vessie.

Examen. — Le facies jaunâtre et l'amaigrissement constaté font penser au docteur Bazy à un néoplasme. Néanmoins, les troubles vésicaux étaient peu nets : il n'y avait jamais eu d'hématuries ; la miction était devenue un peu plus fréquente depuis quelques jours seulement, sans être douloureuse.

Le médecin qui avait envoyé le malade au docteur Bazy, ne l'avait vu qu'en passant ; mais le confrère qui l'avait remplacé pendant une absence, avait diagnostiqué une appendicite avec péritonite péri-appendiculaire.

L'examen local donne au docteur Bazy les signes suivants ; dans le petit bassin, assez loin de la prostate, mais facilement accessible néanmoins par le toucher rectal et la palpation bi-manuelle, on sent une tumeur irrégulière assez dure, douloureuse à la pression, peu mobile, du volume d'une petite orange ; évidemment indépendante de la vessie, cette tumeur paraissait être en connexion avec elle. Comme il y avait des signes d'irritation vésicale, le docteur Bazy, malgré l'absence de tout antécédent intestinal, pensa à une tumeur de l'intestin ayant contracté des adhérences avec la vessie et annonça à bref délai la communication très probable de l'intestin avec la vessie.

Le diagnostic supposé était donc : *néoplasme intestinal propagé à la vessie avec prochaine fistule vésico-intestinale.*

Ces prévisions se réalisèrent très rapidement. Au bout de quelques jours, la fistule était constituée, se caractérisant par le passage de gaz et de matières fécales dans la vessie. De simples lavages de vessie furent ordonnés.

Mais trois jours après, la scène était changée. Le docteur Bazy

était appelé et constatait l'existence d'un vaste phlegmon diffus de toute la paroi abdominale antérieure, remontant latéralement du côté des flancs avec production de gaz et, par places, des plaques gangréneuses de la peau.

L'état général était à l'avenant : langue sèche, rotie, subdéli-
rium, température élevée.

Le docteur Bazy porta le diagnostic le plus grave, vu le diagnostic qu'il avait fait. Néanmoins il traita le phlegmon diffus, comme si le malade eût pu et dû guérir, par de larges incisions ouvrant largement les endroits les plus collectés, faisant sortir tous les gaz et tous les liquides accumulés ainsi que des matières fécales, et lavant avec une solution phéniquée faible.

Le docteur Bazy revit, quelques mois après, le malade en parfaite santé. Il avait guéri son phlegmon diffus gangréneux; il avait fermé sa fistule intestino-vésicale, fermé sa vessie par où s'était faite évidemment l'infection de la cavité de Retzius et de toute la paroi abdominale. Ses urines étaient absolument limpides.

Donc le diagnostic exact était celui-ci : appendicite avec abcès pelvien ouvert dans la vessie; fistule vésico-intestinale consécutive; puis infection de la cavité de Retzius et phlegmon diffus gangréneux de la paroi abdominale. Guérison spontanée de la fistule.

Obs. 31. — PERCY ALLAN. *A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder; recovery.* — Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, électricien qui présenta il y a sept ans, des symptômes qui firent porter le diagnostic « d'inflammation de l'intestin ».

En 1900, douleur abdominale et diarrhée : vomissements bilieux, répétés. Abdomen sensible et tendu surtout dans la fosse iliaque droite, matité très nette. Point de Mac Burney manifeste, T. 40°2. F^o. Traitement médicamenteux, par le carbonate de bismuth et l'opium avec application de glace sur la région douloureuse. Les jours suivants, le malade se trouve tout à fait bien. Malgré tout l'opium est continué.

Il se plaint d'éprouver de grandes difficultés au moment des mictions.

Par la suite, pas d'exacerbation de la douleur. La matité persiste.

On a la sensation d'une masse de scybales qui s'étendraient vers la région inguinale, à un pouce environ au-dessus du ligament du Poupart. Lavements à l'huile d'olive : petite quantité de glaires avec un peu de sang. On continue l'opium : régime lacté. La matité diminue, mais la tension abdominale persiste.

Le 7 juillet 1900, douleurs vives qui forcent le malade à rester assis dans son lit; il ne peut uriner. Le ballonnement a disparu et la région iliaque est plus sonore. Le catéthérisme vésical donne issue à une certaine quantité d'urine putride.

Examen rectal négatif.

Diagnostic porté : *abcès formé autour de l'appendice, ayant perforé la vessie.*

Lavages de la vessie avec la solution de Sanitas (4 jours), puis avec une solution de chinisol. En même temps, administration d'hexaméthylène tétramine (V grains).

Au bout d'une semaine, l'urine est moins fétide. Lavages vésicaux tous les deux jours. Enfin, l'urine ne tarde pas à redevenir normale et tous les phénomènes disparaissent. Guérison.

La convalescence suit son cours normal. Seulement, au bout de deux semaines, le malade eut une orchite double après une marche trop prolongée.

Remarque. — Le docteur Pye Smith a observé un cas similaire qui a guéri également et dont mention est faite dans le travail de Fagge. (Londres, 1888), que nous n'avons pu nous procurer.

Obs. 32. — PERSON. H., épicier, 24 ans entre à l'hôpital civil de Versailles, le 2 janvier 1905, pour appendice, après avoir été soigné chez ses parents depuis le 25 octobre 1904.

Le 25 novembre 1904, H., est obligé de rentrer chez ses parents parce que dit-il, il souffre dans le côté droit du ventre. Le malade est constipé depuis 3 jours, aussi son médecin appelé aussitôt lui ordonne de prendre 50 grammes d'huile de ricin. Il se purge le 26 au matin et va une dizaine de fois à la selle. Se sentant mieux le lendemain il reprend son travail, c'est-à-dire le 27 novembre, mais le lendemain 28, il était obligé de quitter son travail et de se mettre au lit. Au bout de 3 ou 4 jours voyant que son état ne s'améliorait pas, il se décide à entrer à l'hôpital.

Aussitôt son entrée, il est examiné par le Dr Broussin qui diagnostique « appendice suppurée ». On prend sa température, le matin elle est à 39°, et le soir 39°8.

On lui fait des applications de glace sur la région appendiculaire qui est très douloureuse à la pression, avec empâtement remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, s'étendant également à un travers de doigt au-delà de la ligne blanche. La percussion donne de la matité. Le 3 janvier au matin, le Dr Broussin pratique le toucher rectal. Il sent une masse dure dans la fosse iliaque droite refoulant le rectum de côté. Température : 40°.

Vers 11 heures du matin, le malade est pris subitement de douleurs atroces qui se terminent après l'évacuation par le canal de l'urèthre de 380 grammes d'un liquide purulent, d'odeur fécaloïde.

Après avoir laissé reposer le liquide on examina le dépôt au microscope. Ce liquide contenait non seulement des globules de pus, mais aussi des matières fécales.

Après cette débâcle notre malade se trouva beaucoup mieux et à six heures du soir la température était descendue à 38°. On lui fait un lavage de vessie à l'eau bouillie.

Le 4 janvier M. le Dr Broussin l'examine à nouveau, le ventre est plus souple, beaucoup moins douloureux et l'empâtement remonte moins haut. Les urines recueillies dans un bocal contiennent encore du pus et des matières fécales, mais en moins grande quantité.

La température du matin est descendue à 37°8.

On pratique un nouveau lavage de vessie toujours avec de l'eau bouillie. Le soir la température descend à 37°5.

Les 5 et 6 janvier, état stationnaire, lavage de vessie, urines toujours un peu purulentes, mais ne contiennent plus de matières fécales.

Le 7 janvier, le toucher rectal ne donne plus rien, le ventre n'est plus douloureux à la pression.

Le malade se sent tout à fait bien. La température descendue à 37° ne remonte plus.

Les urines sont redevenues tout à fait claires, aussi, à partir du 8 janvier, on ne lui fait aucun lavage et le malade sort complètement guéri le 30 janvier 1905.

Obs. 33. — AIMÉ GUINARD. *Appendice ouvert dans un abcès communiquant avec la vessie. Pyurie tenace sans cystite. Intervention, guérison.* — J'ai en 1900 observé un appendice ouvert dans un abcès communiquant avec la vessie. Il s'agit d'un homme de 35 ans qui, à la suite de sa première crise d'appendicite avait eu un abcès qui se vida dans la vessie, au moment où son médecin, le docteur Margery, se disposait à m'appeler pour l'ouvrir. Chose bizarre, il ne se produisit *pas de symptômes de cystite*. Le malade, quand je le vis, évacuait du pus et des gaz par l'urètre (miction musicale).

Depuis 6 semaines, l'état ne se modifiait pas, malgré les lavages vésicaux répétés, le benzonaphtol à l'intérieur, etc. On ne sentait plus aucun empatement dans le ventre. Je diagnostiquai une fistule vésico-appendiculaire.

La laparotomie me mena sur une disposition anatomique que j'ai schématisée dans la figure 58. L'appendice est terminé en massue et à 1 centimètre de son extrémité, une communication de la largeur d'un pois existe avec un trajet induré aboutissant à la vessie, près et au-dessus de l'uretère droit. Sans toucher à ce trajet bien protégé par un magma d'adhérences comprenant une anse de l'iléon, j'excise l'appendice au niveau du cæcum; je l'enlève en totalité et je termine en plaçant un drain au niveau de l'orifice fistuleux. Le dixième jour, il n'y avait plus trace de pus dans l'urine, sans qu'on eut fait le moindre lavage dans la vessie par l'urètre.

6° Perforations vésicales et cystites.

Obs. 34. — MORGAN J. *Fistule intestino-vésicale (appendicite probable).* — Il s'agit d'un homme de 60 ans, qui présenta, en mars 1859, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction dure et douloureuse, du volume d'un œuf d'autruche; en avril 1863, vents par l'urèthre suivis de douleurs intenses dans la vessie; et quelques heures plus tard, fèces et pus dans l'urine. En août, décharge profuse de fèces; la tumeur diminua de volume. Pendant les trois derniers mois, presque tout passa par la vessie. Vers la fin, les matières passaient par la vessie sans trop incommoder le malade. Mort dans le coma au commencement d'octobre 1863.

A l'autopsie, la tumeur avait disparu; distension de la partie inférieure de l'iléon qui était adhérent à la paroi abdominale; communication entre la vessie et l'intestin au niveau de la valvule iléo-cæcale (sans doute appendicite.)

Obs. 35. — STEDMANN. — *Appendicite. Phénomènes généraux graves. Induration dans la fosse iliaque droite. Tumeur dans le pelvis. Mictions fréquentes. Intervention. Phénomènes de cystite plus violents avec matières fécales dans l'urine. Mort. Autopsie. Fistule vésicale.*

B..., âgé de 40 ans, marchand de livres, marié, ayant deux enfants, pas d'excès, pas de maladie antérieure, sauf du rhumatisme il y a six ans et quelques attaques de dysenterie pendant les dernières années. Du côté droit, il avait une ectopie du testicule et portait un bandage sans avoir de hernie. Comme antécédents héréditaires, une sœur morte de la tuberculose.

Le 29 mars 1888, dans l'après-midi, il a commencé à vomir et à sentir une douleur dans l'abdomen. Pas de frisson. Le 30 mars, il se plaignait de fortes coliques.

A l'examen, pas de trace de hernie étranglée, le poulx peu accéléré. Dans l'après-midi, la douleur qui avait été calmée par une injection de morphine, est devenue plus forte et occupe les reins et la partie droite inférieure de l'abdomen.

Les vomissements biliaires continuent, et le ventre qui naturellement était plein, malgré sa souplesse, présente un petit ballonnement. Pas de constipation absolue.

Le 31 mars, la température monte à 102° degrés Fahrenheit et le poulx à 100. La douleur augmente ainsi que les vomissements; la figure du malade trahit sa souffrance; arrêt des gaz et des matières. Cet état de maladie avec ballonnement et tympanisme persiste jusqu'au 3 avril, 6^e jour de la maladie, où l'idée d'une appendicite nous semble de plus en plus probable.

Les vomissements continuent fréquemment sans odeur repoussante, mais causent de la transpiration. La nuit dernière, il a éprouvé une nouvelle attaque. Quelques scybales apparaissent pour la première fois. L'aspect du malade est anxieux, les pupilles contractées, la peau refroidie, malgré la grande chaleur

dont il se plaint. L'abdomen ballonné et météorisé, surtout dans la fosse iliaque droite où on trouve le cæcum et qui présente une diminution de souplesse, sans apparence de douleur.

La plus grande douleur siège dans le canal inguinal droit où il y a une résistance circonscrite, et le long de l'arcade crurale, près de l'épine iliaque.

Le testicule droit ne peut pas être senti à cause de son ectopie. Il y a, à la palpation, une sensibilité dans la région iliaque gauche. L'hypogastre est sonore, pas douloureux. A l'examen rectal, on sent une tumeur dans le pelvis, douloureuse à la pression, et la douleur se propage du côté droit.

L'urine passe librement pendant le jour, mais la tumeur ne diminue pas après la miction. Quelques heures après, il se produit une rémission dans les symptômes, et l'opération n'est pas jugée nécessaire cette nuit-là.

Le 7^e jour, au matin, le malade demande à manger. Les vomissements ont cessé; l'abdomen est moins ballonné; la souplesse n'a pas augmenté, mais la tumeur ne se sent plus nettement.

La température est tombée à 99°4 Fahrenheit; le pouls à 104.

Le 10^e jour, léger frisson à 3 heures. Température : 100° Fahrenheit.

Le 12^e jour, la température descend à la normale dans la soirée. Forte injection de morphine. Le ballonnement abdominal a diminué; la miction est fréquente; l'urine en quantité normale.

Le 16^e jour, l'induration reparait dans la fosse iliaque droite, et l'on sent une tumeur à un doigt au-dessus de l'arcade crurale; cette tumeur a même volume, même forme, même densité que le testicule droit; elle est influencée par la toux et cause une légère douleur. L'abdomen est modérément distendu, généralement sonore, un peu mat dans la fosse iliaque droite, spécialement dans la région lombaire. A l'examen rectal, on croit que la douleur pelvienne persiste. La température a monté de nouveau à 100 degrés dans l'après-midi. Le malade a pris un peu de champagne; le pouls est à 115-120; la face est grippée, le patient abattu. L'opération jugée urgente, est faite dans l'après-midi du 21^e jour de la maladie. L'incision porte exactement au-dessus de l'arcade crurale jusqu'au péritoine, qui est détaché avec le doigt du muscle iliaque. L'abcès n'est pas facilement atteint; mais par une pression

ferme dirigée du côté gauche de la ligne médiane, le doigt est poussé, à travers le péritoine, dans une cavité de pus occupant le pelvis. En retirant le doigt, le pus commence à sortir, suivi de quelques matières fécales et de gaz. La cavité est lavée et drainée. La tumeur rectale a disparu. La température tombe à 98°4 et le pouls à 110. Dans l'après-midi, un frisson; la température monte à 102° et le pouls à 140, mais le malade a bien passé la nuit. L'évacuation du pus a été faible, mais du lait presque digéré est sorti à travers les drains. La température devient irrégulière et tombe à 99° au 25^e jour. Le malade s'affaiblit de plus en plus, malgré le lait et le champagne qu'il prend.

Le 25^e jour, une douleur apparut au côté gauche et persista les jours suivants.

Le 33^e jour, à travers la plaie passent des matières fécales et des gaz. La nourriture consiste en lait et en champagne. Aujourd'hui, pour la première fois, le malade va à la selle; la plaie donne moins. Les matières fécales apparaissent dans l'urine, avec de la douleur à la miction, et l'urine s'échappe à travers la plaie.

Le 34^e jour, le gonflement du scrotum se perce, donnant issue à du pus, et la tumeur disparaît. Le malade ne souffre pas beaucoup, mais il est faible.

Le 35^e jour, l'ouverture scrotale s'est élargie.

Le jour suivant, le malade va à la selle par l'anus et le 39^e jour de sa maladie (le 6 mai), il meurt.

Autopsie. — L'abdomen seul a été examiné. On trouve des adhérences entre l'intestin grêle, le côlon descendant, le cæcum, l'S iliaque et la paroi abdominale. La cavité communique librement avec la plaie de la fosse iliaque droite. La base de l'appendice vermiculaire de la longueur d'un demi-doigt, s'ouvrait dans la partie supérieure de la cavité. Il est épaissi et induré; sur la partie postérieure de la vessie, à un pouce et demi environ au-dessus du bord postérieur de la prostate, siège un orifice du diamètre d'un doigt, par lequel la vessie communique librement avec la cavité purulente. La muqueuse vésicale est injectée et enflammée. Les reins sont normaux. Le testicule droit est attaché à la paroi abdominale, sur le bord du pelvis. Il est petit et mou. En isolant l'intestin grêle, qui forme les brides de l'abcès, sa paroi a été facilement déchirée en plusieurs endroits. La muqueuse de la partie

inférieure de l'iléon et du cæcum est normale. Le revêtement péritonéal de l'iléon présente quelques brides et déchirures.

Obs. 36. — THERIG. *Zwei Falle von Paratyphlitis mit Durchbruch in die Harnblase.* — 1^{er} CAS. — Femme de 32 ans, prise le 1^{er} mars 1886, de douleurs abdominales avec frissons et maux de tête. Le lendemain, tout le corps est très sensible; respiration superficielle, pas de vomissements; traitement: glace sur la région iléo-cæcale, injection de morphine. Les jours suivants, sensibilité toujours très vive; résistance dans la région iléo-cæcale; vomissements rares. Le 12 mars, épanchement paratyphlitique très manifeste. Le 19 mars, passage de cet exsudat dans la vessie. L'urine renferme un précipité épais, jaunâtre, qui contient de nombreux globules de pus. Les mictions sont douloureuses et provoquent des sensations de cuisson; pas de ténésme après chaque miction. Lavages vésicaux au sublimé. Jusqu'au 1^{er} avril, la température varie entre 38°4 et 39°. Depuis, la fièvre tombe; les urines redeviennent claires, l'appétit reparait. La région iléo-cæcale est moins douloureuse. Le malade se lève pour la première fois le 8 avril, et le 1^{er} mai 1886, elle sort complètement guérie. On ne trouva jamais de matières fécales dans les urines.

2^e CAS. — Jeune fille de 17 ans. Début de la maladie le 8 janvier 1893 avec des douleurs dans la région hypogastrique droite. La malade consulte, 2 jours après, un médecin qui prescrit une purgation à l'huile de ricin. Mais les douleurs persistent accompagnées de vomissements et de diarrhée. Le 15 janvier, la malade entre à l'hôpital: inappétence, vertige, frissons. Abdomen tendu et excessivement douloureux. Miction extrêmement difficile; la malade n'a pas uriné depuis 24 heures. Pas d'albumine. Pouls petit. Le 16 janvier, anurie; matité dans la fosse iliaque droite. Vomissements: fièvre constante. Jusqu'au 26-29 janvier, poudre d'opium. L'abdomen devient alors moins tendu et l'on sent manifestement un épanchement dans la région iléo-cæcale. Cet épanchement est peu considérable jusqu'en mi-février. L'urine est trouble et renferme un peu d'albumine; à l'examen microscopique, on y trouve quelques débris de la muqueuse vésicale et de nombreux leucocytes. Dans la région iléo-cæcale, on sent une tumé-

faction de la grosseur d'un œuf de pigeon qui se dirige dans la profondeur, vers la vessie. Le 29 mars, l'urine devient trouble; et l'examen microscopique révèle l'existence de globules de pus et de débris de la muqueuse vésicale.

Lavages quotidiens de la vessie avec une solution boriquée à 4 p. 100. L'épanchement abdominal diminue très lentement. Le 26 août, la malade sort à peu près guérie; il y a encore une toute petite masse résistante dans la région iléo-cæcale, et l'urine est encore trouble. Le 23 décembre, la malade est revue en parfaite santé.

Remarque. — Dans ces deux cas, l'auteur estime que la guérison spontanée a été due à l'emploi prolongé des injections de morphine.

Obs. 37. — PONCET. *Appendicite suppurée. Empâtement d'abord au niveau du cæcum, puis matité très nette dans toute la fosse iliaque droite, dans la région prévésicale et un peu à gauche. Troubles urinaires indiquant une violente cystite aiguë. Intervention, constatation d'une fistule vésicale. Guérison.* — Jeune fille de 13 ans, constipation habituelle depuis l'âge de 6 à 7 ans. A cette époque, première apparition des douleurs appendiculaires qui se manifestent très fréquemment. Le 29 mars 1898, début des accidents par des vomissements bilieux et de la diarrhée avec douleurs très vives dans la fosse iliaque droite. Le 1^{er} avril, aggravation de l'état général; ballonnement du ventre et matité très nette dans toute la région iliaque droite et la région prévésicale. Quatre jours plus tard, la matité s'est encore étendue et l'état général est devenu très mauvais. Intervention immédiate : laparotomie médiane, donnant issue à une quantité notable de pus fécaloïde à odeur horrible. Cloisonnement du péritoine; mais la cavité purulente fort grande allait de la vessie bien au-dessous de l'ombilic et en profondeur jusqu'à la paroi péritonéale postérieure: Lavage à l'eau stérilisée et drainage. La température tomba immédiatement de 2 degrés (T. 38°). Pendant les deux premiers jours, l'écoulement par le drain fut considérable; mais la quantité de matières fécales diminue dans sa composition, par suite de la non-alimentation; on y cons-

tata la présence de l'urine; il y avait à la fois fistule intestinale et fistule vésicale: phénomènes de cystite aiguë. La fistule intestinale disparaît le 3^e jour; dès lors, l'état général s'améliore. Seule, la fistule urinaire et l'inondation urineuse de la cavité de l'abcès péritonéal retardent la convalescence. Lavages vésicaux très fréquents. Au bout de 10 jours, fermeture de la fistule vésicale. Guérison.

Obs. 38. — KEEN W.-W. *A case of appendicitis in which the appendix became permanently soldered to the bladder like a third ureter, producing an urinary fecal fistula.* — Homme de 25 ans. A l'âge de 7 ans, extraction d'une épingle dans son urèthre. Autres détails manquent. Depuis quelques années, il souffrait d'un abcès que son médecin localisait à la prostate; cet abcès s'ouvrit d'une façon tellement fâcheuse qu'une fistule vésico-rectale se forma et qu'ensuite vinrent des attaques de cystite. A l'âge de 25 ans, section périnéale: mais la fistule persiste. Alors on résolut de lui faire un anus artificiel qui donna des résultats peu satisfaisants: les matières fécales passaient souvent dans la vessie; par conséquent, l'orifice intestinal de la fistule devait se trouver au-dessus de l'anus artificiel.

On fit donc une troisième opération. Cette fois, on trouva l'appendice très long: il pénétrait si profondément dans le bassin que son bout touchait à la prostate: il était solidement incorporé dans la paroi vésicale. Résection de l'appendice et suture de la plaie de l'appareil urinaire. Enfin, on fit une quatrième opération pour terminer l'anus artificiel.

Le malade se rétablit et tous les symptômes fistulaires cessèrent. Il quitta l'hôpital en voie de guérison. Mais bientôt après il fut pris de vomissements et d'une constipation opiniâtre et il mourut d'ileus 24 jours après la dernière opération. L'abcès présumé de la prostate n'était donc qu'une appendicite.

Obs. 39. — DUPLAY. Il s'agit d'une femme de 44 ans, couturière, qui entre à l'hôpital le 21 avril 1898.

Antécédents héréditaires. Père mort phthisique. Mère morte très jeune. Une fille morte à 24 ans de laryngite tuberculeuse.

Antécédents personnels. Pas d'accident scrofuleux ou tuberculeux dans l'enfance. Depuis longtemps, elle paraît atteinte de bronchite chronique et tousse constamment. A maigri.

Il y a 9 ans, a présenté des symptômes de péritonite qui semblent avoir été la manifestation d'une lésion tuberculeuse intestinale.

L'existence de cette lésion est démontrée par les accidents de prétendue gastro-entérite qui se sont montrés à la suite et ont persisté depuis lors sous forme de diarrhée chronique. La tuberculose, localisée primitivement ou secondairement dans le cæcum ou l'appendice, a évolué lentement, insidieusement pendant plusieurs années vers l'ulcération,

Le début de l'affection paraît remonter à 2 ans environ.

Les symptômes présentés étaient ceux d'une cystite et consistaient en douleurs au niveau de l'hypogastre. Malgré des soins assidus, les phénomènes de cystite s'aggravèrent; et il y a environ dix mois, on constata que les urines exhalaient une odeur fécaloïde et présentaient des grumeaux ressemblant à des débris de matières stercorales.

Un jour même où la malade avait mangé du raisin, on constata la présence dans l'urine d'un certain nombre de pépins. Enfin, par l'urèthre, au moment de la miction, des gaz s'étaient échappés à diverses reprises.

A son entrée à l'hôpital, les urines sont troubles et présentent un dépôt peu épais, chargé de grumeaux noirâtres ayant les caractères de débris stercoraux et exhalant une odeur fécaloïde.

La malade a maigri et tousse presque constamment, surtout pendant l'hiver. Appétit capricieux. Alternatives de constipation et de diarrhée.

Actuellement, l'examen de l'abdomen ne révèle ni déformation, ni ballonnement. Le ventre est souple dans toute la région ombilicale; mais au-dessous de l'ombilic et vers la région hypogastrique, bien qu'il n'existe ni gonflement, ni tumeur, le ventre a perdu de sa souplesse et se laisse moins bien déprimer qu'à l'état normal. Empâtement profond dans la fosse iliaque droite, donnant la sensation d'une tuméfaction en forme de boudin, douloureuse à la pression et se prolongeant dans le petit bassin.

En résumé, il s'agit d'une fistule vésico-intestinale qui fait communiquer la vessie avec le cæcum ou avec l'appendice iléo-cæcal. Cette fistule a eu très probablement pour point de départ une

lésion tuberculeuse de l'intestin qui s'est prolongée lentement du côté de la vessie.

Obs. 40. (Résumée). — CHAPON. *Appendicite aiguë. Phénomènes vésicaux; ouverture dans la vessie.* — G. A..., 47 ans. Le 21 novembre 1900, douleurs au creux épigastrique. Vomissements bilieux.

Le 22 novembre : douleurs dans le bas-ventre, vomissement porracé. Elancements dans l'urèthre, pas de selles.

A droite, pas de contracture de la paroi, circulation de la peau normale. Tuméfaction douloureuse à la pression dans la fosse iliaque. Pas d'urine depuis le matin.

23 novembre : nuit calme. Envies fréquentes d'uriner. Douleur atténuée au point de Mac-Burney, très intense à la pression à la zone sous-ombilicale.

Cathétérisme : 1 litre d'urine foncée à reflet safrané.

24 novembre : ventre plus souple; langue plus humide. A rendu des gaz.

Cathétérisme nécessaire tous les jours jusqu'au 30 novembre. Les symptômes s'atténuent de plus en plus, et le malade part en convalescence le 3 décembre.

Le 25 et le 26 décembre : il est vu par M. Poirier qui constate des mictions, mictions fréquentes et douloureuses : le malade ne peut uriner que dans une serviette.

Le 28 et le 29 décembre : température, 38°. Le 30, elle monte à 40° et on rappelle M. Poirier qui constate un ventre souple et creux, des mictions fréquentes, mais non douloureuses. Un peu d'empâtement à droite, au-dessus de la base de la prostate, constaté par toucher rectal. L'état général étant assez grave, l'opération est décidée.

On trouve un cæcum sain, mais impossible de trouver l'appendice. Au niveau de la base de la prostate, on crève une collection purulente fétide, pouvant être évaluée à 100 grammes. Drain, lavement. La fièvre tombe; le pouls devient normal.

Au 17^e jour, le ventre se ballonne, la température remonte à 39° 5; mais, dans la nuit, les phénomènes s'amendent, en même temps que le malade rend avec ses urines une notable quantité de pus. L'abcès s'était spontanément ouvert dans la vessie.

En février, le malade était en voie de guérison; plus de pus dans les urines, état général bon.

Obs. 41. — MICHEL (G.) et GROSS (G.). *Appendicite à diagnostic difficile, postérieure à un accouchement suivi de phénomènes puerpéraux, pyurie, laparotomie, fistule appendiculo-vésicale, guérison.* — Femme de 20 ans, quartipare, souffre de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. En novembre 1902, elle fit une chute et le 23 décembre 1902, elle accouchait à terme d'un fœtus macéré. Elle entre à l'hôpital le 24 mars 1903, trois mois après l'accouchement et environ deux mois après la crise douloureuse de la région iliaque droite. Dans la fosse iliaque droite qui est douloureuse, on remarque une masse dure, mal délimitée, du volume du poing, et répondant à la région des annexes. Mictions fréquentes et pénibles, mais non douloureuses: l'urine renferme 1 gramme 1/2 d'albumine et un grand nombre de globules de pus avec quelques cellules plates épithéliales. Lavages boriqués de la vessie deux fois par jour. Le 15 avril, la tumeur diminue, résolution de l'appendicite, cystite purulente par infection due aux produits septiques de l'appendice et de l'intestin, phénomènes de péricystite avec adhérences de la vessie à l'utérus. L'examen microscopique de l'urine montre des globules de pus en grande quantité avec quelques cellules plates épithéliales. La malade se plaignant de douleurs vagues et peu précises, on décide d'intervenir. Laparotomie le 24 avril, résection de l'appendice qui amène la disparition rapide de tous les accidents. Le lendemain de l'opération, la quantité de pus contenu dans les urines est notablement diminuée.

Le 3 mai, broncho-pneumonie intercurrente qui évolue en 10 jours.

Le 20 mai, la malade sort guérie, ne présentant qu'un très léger degré de cystite.

Obs. 42. — MUSHAM RICHARD. *Abcès appendiculaire ouvert dans la vessie.* — Jeune homme de 28 ans, qui présente une perforation de la vessie au cours d'une 3^e récurrence d'appendicite. Pus dans l'urine. Pendant la miction, il se dégage souvent des gaz par l'urèthre, et l'urine présente un très mauvais aspect. En octo-

bre 1899, résection de l'appendice après l'avoir détaché, avec les plus grandes difficultés, de ses nombreuses adhérences; on détache aussi le cæcum de la couenne inflammatoire qui l'enveloppe jusqu'à la vessie. Il est impossible de trouver le siège de la perforation vésicale. Guérison de la plaie sans aucune complication : il persiste encore quelques modifications dans la composition de l'urine; il s'agit d'une cystite et l'on trouve même des cellules végétales dans l'urine. Au bout de deux mois environ, les phénomènes urinaires s'améliorent et le malade peut être considéré comme guéri. Mais à la suite d'excès, le malade vit bientôt son urine devenir plus trouble; il existait une communication, qui semblait permanente, entre l'intestin et la vessie. Les phénomènes observés faisant craindre une pyélo-néphrite ascendante, l'intervention fut décidée; laparotomie médiane. Un an environ après la première opération : entéro-anastomose entre l'iléon et le cæcum.

Obs. 43. — *STONE. Perforation of the urinary bladder by an appendiceal abscess.* — Femme de 50 ans, qui présente, en août 1903, les symptômes ordinaires de l'appendicite. Production d'un abcès appendiculaire dans la fosse iliaque droite; l'intestin n'est pas intéressé et il n'y a pas de phénomènes de péritonite.

Au bout de trois semaines, dysurie et symptômes de cystite qui aboutissent à l'évacuation par la vessie, et deux jours durant, d'une pinte environ de pus. Dès lors, la douleur diminue, mais la fièvre persiste; la tuméfaction de la région ovarienne disparaît rapidement. L'état général de la malade s'améliore; mais il persiste une légère élévation de la température et un peu de fréquence du pouls; vessie irritable, légère sensibilité à la pression. dans la région inguinale droite.

Opération. Résection de l'appendice qui est adhérent au mésentère au-dessus de la partie supérieure droite de la vessie; il est également adhérent à tous les organes du bassin du côté droit. L'appendice était par son extrémité, en contact direct avec le tissu cellulaire périvésical, immédiatement au-dessus de la vessie. Remplie avec une solution de bleu de méthylène, la vessie fut trouvée intacte, l'orifice de communication s'était fermé spontanément. Drainage. Guérison rapide en deux semaines.

7° Perforation après intervention pour appendicite à froid.

Obs. 44. Inédite. — M. CARAVEN (d'Amiens). *Intervention pour appendicite à froid; fistule appendiculo-vésicale. Guérison spontanée de cette fistule. En réalité, coudure de l'uretère droit, néphrectomie, guérison de la malade.* — Germaine L... entre fin février 1910 à la clinique du docteur Caraven, à Amiens.

Cette jeune malade a une bien triste histoire. Elle a été opérée, il y a quelques années, pour « appendicite?? » Mais les douleurs qu'elle présentait ne cédèrent pas à cette intervention et d'autre part, les urines jusque là claires devinrent troubles et même purulentes. En présence de ces symptômes, douleurs à droite, urines troubles et par instant anurie passagère, on porte le diagnostic d'affection du rein droit et on fait une néphrotomie droite; on ne découvre rien d'anormal, on décortique le rein et on draine; la plaie cutanée est fermée un mois après. L'état de la malade n'est en rien modifié.

Il s'est développé dans la suite un œdème du membre inférieur droit qui a été vraisemblablement une phlébite légère.

Quelque temps après, pour des phénomènes d'anurie passagère, on incise et on décortique le rein gauche sans amener non plus d'amélioration.

J'ai été amené à voir cette pauvre malade en février 1910, appelé en consultation par le Docteur Quertaut. Ce qui me frappe, c'est que les douleurs pour lesquelles on l'a opérée, ont persisté malgré ces interventions qui n'ont en rien été modifiées par elles. Ces douleurs affectent la forme de crises; elles ressemblent de façon typique à des coliques néphrétiques banales.

La malade « se tord dans son lit quand ça la prend ». Cette douleur s'irradie à la partie interne de la cuisse. Pendant qu'elle souffre, elle n'urine pas; les douleurs passées, tout rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine crise. Il n'y a jamais eu d'hématurie. Je soupçonne donc des coliques néphrétiques banales par gravele du côté droit et je fais venir la malade à ma clinique.

Cystoscopie : la vessie est vaste (3 seringues de Guyon). Je

remarque dans le bas-fond vésical une poussière blanche, composée de mucus en grande partie, mais aussi de petits graviers véritables (la malade eut 3 jours auparavant une crise douloureuse). Les orifices urétéraux sont absolument normaux, mais, l'index du cystoscope étant à 10 h. 1 2 ou 11 heures, je constate un fait des plus intéressants. Tout d'abord, je vois une grande bande sombre (fig. 4. A, verticale (l'extrémité du cystoscope est alors très près de la paroi vésicale). Puis, éloignant le cystoscope de la paroi vésicale, j'aperçois (fig. 4. B) une tache noire qui est manifestement un diverticule vésical. Dans le fond, d'ailleurs très mal éclairé, je n'aperçois pas d'orifice. J'y promène l'extrémité d'une sonde urétérale qui ne s'engage dans aucun orifice. Il me paraît qu'il s'agit là d'un diverticule d'origine cicatricielle, dû à la perforation dans la vessie d'un abcès consécutif à l'appendicectomie subie au début par la malade. Après l'opération, la malade a en effet beaucoup souffert cela pendant quelques jours, puis, subitement, elle a uriné du pus, et les douleurs ont disparu. L'écoulement du pus s'est tari peu à peu. C'est bien là l'histoire d'une rupture intravésicale d'abcès. La cicatrice rétractile, qui est résultée de l'oblitération progressive de la poche, aurait créé au niveau de la paroi vésicale un diverticule de traction (constaté au cystoscope.)

Ceci paraît confirmé par l'absence de lésion du rein droit constatée à l'opération qu'on a faite, à l'absence complète, actuellement de rougeur autour du méat urétéral droit, par l'intégrité absolue de cet orifice qui prouve que le rein n'a jamais été atteint. Il faut noter aussi que la situation du diverticule vésical est bien à droite dans la direction du détroit supérieur.

Je conclus que cette malade est atteinte de coliques néphrétiques par lithiasse banale, qu'elle a été opérée inutilement pour appendicite et pour lésions rénales droite et gauche. Je conseille au médecin de soumettre la malade à un régime hydro-minéral approprié (Vittel-Martigny) à un régime alimentaire spécial.

Ce régime n'améliore en aucune façon la malade, et fin avril, je la revois. Elle a encore des douleurs pénibles, survenant sous forme de crises s'irradiant dans le bas-ventre et la cuisse. Le rein droit abaissé est gros et douloureux. La malade dit que quand elle souffre, les urines sont claires; elles sont troubles quand elle ne souffre pas. La rétention d'urine est fréquente.

Cystoscopie, cathétérisme de l'uretère droit. La sonde est introduite à 26 centimètres ; il n'y a pas de rétention dans le bassin, la capacité de celui-ci est normale ; la sonde laissée en place pendant trois quarts d'heure n'a rien donné.

A quoi sont dues les douleurs présentées par la malade ?

A une névralgie abdomino-génitale ? Oui, mais sous la dépendance d'une affection rénale ou urétérale, car elles sont très vives, beaucoup plus vives que dans les névralgies pures, sujettes à des crises, et le rein est abaissé, gros et douloureux ; je conclus à des douleurs par coudure urétérale.

Opération. — Incision rectiligne classique. Le rein adhérent est incisé en même temps que les muscles. Dès que je l'aperçois, je cherche à le libérer ; c'est très difficile en dehors, car il est fusionné avec la cicatrice : je libère le rein de bas en haut ; le pédicule trouvé, je fais l'isolement et la ligature de l'uretère, puis l'isolement et la ligature de l'artère, enfin de la veine ; l'hémostase est parfaite ; suture.

Les suites de l'intervention furent bonnes.

La malade sort de la clinique se considérant comme guérie.

J'ai revu la malade le 3 juin ; elle est complètement guérie.

8° Perforations polyviscérales.

Obs. 45. — ANNALES DE CHIRURGIE. *Tumeur inflammatoire dans la fosse iliaque droite. Douleurs vives. Ouverture dans la vessie et le vagin. Guérison.* — Mme W..., âgée de 24 ans, accoucha le 8 février 1835 ; le travail marcha régulièrement. Quelques jours après, elle devint très excitable, très nerveuse ; elle prit la nourrice en aversion.

Cette excitabilité, cet état nerveux diminuèrent au bout de six semaines. A cette époque, il se développa dans l'aîne du côté droit une douleur qui s'étendit du côté de la cuisse ; dans l'espace de six semaines, la cuisse se fléchit sur le bassin au point de former presque un angle droit. La malade était très constipée ; elle avait des sueurs abondantes et maigrissait à vue d'œil. On la transporta à Liverpool dans le courant du mois d'avril. La sensibilité dans l'aîne était très grande, et la malade consentait à peine à ce qu'on

l'examinât: cependant on reconnaissait facilement l'existence d'une tumeur située entre l'aîne et le pubis: les selles étaient blanches: on lui administra de l'extract de jusquiame, des lavements chaque matin: de plus, on lui faisait garder une diète sévère. Sous l'influence de ce traitement, la douleur diminua, la cuisse se flechit plus facilement et la tumeur resta à peu près dans le même état. Après avoir passé quelque temps à l'île de Man, la malade revint à Liverpool au mois de juin: son état ne s'était pas amélioré: elle avait beaucoup maigri et avait des sueurs très abondantes. La tumeur avait augmenté de volume et se prolongeait alors vers la ligne médiane: on pouvait la sentir à ce point, où elle donnait la sensation d'une vessie distendue par du liquide. La malade se plaignait d'un sentiment de pression sur l'anus; l'exploration de cette région démontra qu'il existait dans le bassin une espèce de tumeur. Le lendemain, 30 juin, il s'écoula avec les urines une grande quantité de pus. La tumeur avait diminué de volume, **et la malade se trouvait plus soulagée.**

Le pus continua à couler librement, pendant quinze jours, mais par le vagin, ce qui faisait penser que l'abcès s'était ouvert dans ce canal, après avoir été ouvert dans la vessie. Les mouvements des membres commencèrent à se rétablir, la santé de la malade s'améliora, et six semaines après, les règles reparurent.

Obs. 46. — SÉDILLOT. *Phlegmon appendiculaire. Fistules vésicale, intestinale et abdominale. Mort.* — Officier de chasseurs, âgé de 34 ans, entre au Val-de-Grâce en novembre 1839, pour un abcès fistule de la fosse iliaque droite. A l'examen, il présente quatre orifices fistuleux qui semblent se diriger vers le cæcum et donnent lieu à une suppuration abondante. Dans le pus, on trouve de temps en temps des matières fécales et surtout des gaz: de plus, au moment des mictions, il s'échappe ordinairement des fistules deux à trois cuillerées d'urine roussâtre. On avait donc à traiter un ancien abcès de la fosse iliaque compliqué de la perforation du cæcum et de celle de la vessie. Le malade meurt de péritonite localisée à gauche, le 18 mai 1840.

A l'autopsie, induration du cæcum et de toutes les parties situées dans le petit bassin: larges ulcérations du cæcum dont la muqueuse

est décollée et en partie détruite. Le bas-fond de la vessie est traversé par une ouverture étroite, noirâtre, communiquant avec les foyers purulents voisins et l'abcès iliaque. Les faces antérieure, supérieure et latérale de la vessie étaient saines et sa muqueuse ne présentait d'altération qu'au point ulcéré.

Obs. 47. — DAVAT. *Symptômes de pérityphlite chronique. Phlegmon péri-utérin ouvert simultanément à l'extérieur. Dans le cæcum et dans la vessie Autopsie.* — Femme de 37 ans, jouissant d'une santé toujours bonne. A la suite de sa 3^e grossesse, il y a deux ans, douleurs dans la fosse iliaque droite; empatement douloureux à la pression. Alternatives d'amélioration et d'aggravation; jamais la rémission n'a été franche. Palpation très sensible; aspect cachectique. Ouverture d'une collection purulente dans la fosse iliaque externe à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. La suppuration persiste jusqu'à la mort qui survient le 12 juillet 1873 (17 jours après l'admission).

Autopsie. — Dans la fosse iliaque droite, on trouve une masse dure recouverte par le grand épiploon dont le bord inférieur est adhérent à la tumeur elle-même. Sur cette tumeur se trouve la 1^{re} portion du côlon ascendant ainsi que le cæcum et la dernière portion de l'iléon. Ces trois portions d'intestin ont conservé les unes par rapport aux autres leurs rapports normaux, et elles adhèrent à la tumeur par leur bord postérieur seulement. Si on ouvre ces trois parties d'intestin, on remarque que le côlon et l'iléon sont normaux; le cæcum, au contraire, présente trois ou quatre dépressions en doigt de gant et une ouverture qui communique d'une part avec la vessie, et d'autre part à l'extérieur. Cette communication se fait par un trajet fistuleux qui passe en avant du muscle iliaque en se dirigeant de bas en haut, et qui, parvenue sur le bord externe de l'articulation sacro-iliaque, se recourbe pour se diriger de haut en bas et s'ouvrir dans la fosse iliaque externe après un parcours de 2 centimètres.

« L'ensemble de la pièce anatomique, ajoute l'auteur, paraît démontrer que l'appendice vermiculaire a été étranglé au devant de l'ovaire par une fausse membrane, et que les matières contenues ont déterminé une phlegmasie chronique qui a fini par s'ou-

remarque dans le bas-fond vésical une poussière blanche, composée de mucus en grande partie, mais aussi de petits graviers véritables (la malade eut 3 jours auparavant une crise douloureuse). Les orifices urétéraux sont absolument normaux, mais, l'index du cystoscope étant à 10 h. 1, 2 ou 11 heures, je constate un fait des plus intéressants. Tout d'abord, je vois une grande bande sombre (fig. 4. A., verticale (l'extrémité du cystoscope est alors très près de la paroi vésicale). Puis, éloignant le cystoscope de la paroi vésicale, j'aperçois (fig. 4. B) une tache noire qui est manifestement un diverticule vésical. Dans le fond, d'ailleurs très mal éclairé, je n'aperçois pas d'orifice. J'y promène l'extrémité d'une sonde urétérale qui ne s'engage dans aucun orifice. Il me paraît qu'il s'agit là d'un diverticule d'origine cicatricielle, dû à la perforation dans la vessie d'un abcès consécutif à l'appendicectomie subie au début par la malade. Après l'opération, la malade a en effet beaucoup souffert cela pendant quelques jours, puis, subitement, elle a uriné du pus, et les douleurs ont disparu. L'écoulement du pus s'est tari peu à peu. C'est bien là l'histoire d'une rupture intravésicale d'abcès. La cicatrice rétractile, qui est résultée de l'oblitération progressive de la poche, aurait créé au niveau de la paroi vésicale un diverticule de traction (constaté au cystoscope.)

Ceci paraît confirmé par l'absence de lésion du rein droit constatée à l'opération qu'on a faite, à l'absence complète, actuellement de rougeur autour du méat urétéral droit, par l'intégrité absolue de cet orifice qui prouve que le rein n'a jamais été atteint. Il faut noter aussi que la situation du diverticule vésical est bien à droite dans la direction du détroit supérieur.

Je conclus que cette malade est atteinte de coliques néphrétiques par lithiase banale, qu'elle a été opérée inutilement pour appendicite et pour lésions rénales droite et gauche. Je conseille au médecin de soumettre la malade à un régime hydro-minéral approprié (Vittel-Martigny) à un régime alimentaire spécial.

Ce régime n'améliore en aucune façon la malade, et fin avril, je la revois. Elle a encore des douleurs pénibles, survenant sous forme de crises s'irradiant dans le bas-ventre et la cuisse. Le rein droit abaissé est gros et douloureux. La malade dit que quand elle souffre, les urines sont claires; elles sont troubles quand elle ne souffre pas. La rétention d'urine est fréquente.

Cystoscopie, cathétérisme de l'uretère droit. La sonde est introduite à 26 centimètres ; il n'y a pas de rétention dans le bassin, la capacité de celui-ci est normale : la sonde laissée en place pendant trois quarts d'heure n'a rien donné.

A quoi sont dues les douleurs présentées par la malade ?

A une névralgie abdomino-génitale ? Oui, mais sous la dépendance d'une affection rénale ou urétérale, car elles sont très vives, beaucoup plus vives que dans les névralgies pures, sujettes à des crises, et le rein est abaissé, gros et douloureux ; je conclus à des douleurs par coudure urétérale.

Opération. — Incision rectiligne classique. Le rein adhérent est incisé en même temps que les muscles. Dès que je l'aperçois, je cherche à le libérer ; c'est très difficile en dehors, car il est fusionné avec la cicatrice : je libère le rein de bas en haut ; le pédicule trouvé, je fais l'isolement et la ligature de l'uretère, puis l'isolement et la ligature de l'artère, enfin de la veine ; l'hémostase est parfaite ; suture.

Les suites de l'intervention furent bonnes.

La malade sort de la clinique se considérant comme guérie.

J'ai revu la malade le 3 juin ; elle est complètement guérie.

8° Perforations polyviscérales.

Obs. 45. — ANNALES DE CHIRURGIE. *Tumeur inflammatoire dans la fosse iliaque droite. Douleurs vives. Ouverture dans la vessie et le vagin. Guérison.* — Mme W..., âgée de 24 ans, accoucha le 8 février 1835 ; le travail marcha régulièrement. Quelques jours après, elle devint très excitable, très nerveuse ; elle prit la nourrice en aversion.

Cette excitabilité, cet état nerveux diminuèrent au bout de six semaines. A cette époque, il se développa dans l'aîne du côté droit une douleur qui s'étendit du côté de la cuisse ; dans l'espace de six semaines, la cuisse se fléchit sur le bassin au point de former presque un angle droit. La malade était très constipée ; elle avait des sueurs abondantes et maigrissait à vue d'œil. On la transporta à Liverpool dans le courant du mois d'avril. La sensibilité dans l'aîne était très grande, et la malade consentait à peine à ce qu'on

rière existent deux petites perforations arrondies, à bords minces comme ulcérées, laissant échapper dans la cavité vésicale une grande quantité de caillots putrides. Pour déterminer le siège de cette collection, on incise l'utérus et le vagin suivant leur ligne médiane postérieure. Ils sont absolument sains. En avant de l'utérus, entre sa face antérieure et les faces postérieure et inférieure de la vessie, on tombe dans une grande cavité anormale plus grosse que le poing. Cette cavité, circonscrite par des adhérences péritonéales, s'avance sur la paroi vaginale supérieure où elle fait saillie; elle communique avec la cavité vésicale par les deux petits orifices déjà décrits; elle est remplie de caillots sanguins, ramollis et putréfiés : ses parois sont tapissées de pseudo-membranes grisâtres, molles, fibrineuses; l'appendice iléo-cæcal est très épaissi, non perforé en apparence et fait partie à droite de la paroi de la cavité; sa saillie est visible à l'intérieur de la poche.

Remarque. — Il s'agit donc ici d'une volumineuse collection sanguine enkystée ouverte dans la vessie et simulant un néoplasme volumineux. Est-ce une véritable hématoecèle anté-utérine avec adhérence secondaire de l'appendicite?

L'intégrité des ovaires et des trompes chez cette malade arrivée à la ménopause depuis sept ans rend cette hypothèse peu admissible. Plus probablement il s'agit d'une pelvi-péritonite circonscrite suivie d'appendicite avec épanchement sanguin secondaire dans la poche.

L'hématurie, les symptômes de cystite concomitante, la tumeur hypogastrique, tout dans ce cas, se réunissait pour simuler un volumineux néoplasme vésical, alors que très probablement, la lésion primitive avait été intestinale.

b). Pyélites et pyélo-néphrites.

Obs. 50. (Inédite) — Dr MOULONGUET d'Amiens. — *Ouverture d'un abcès appendiculaire dans la vessie. Pyélo-néphrite consécutive. Intervention. Guérison.* — M. C..., 35 ans, qui jouit d'une bonne santé et mène une vie très active, est pris le 14 janvier 1911 de vomissements et de douleurs abdominales vives. Les phénomènes sont mis sur le compte d'une mauvaise digestion et n'in-

quièrent guère le malade qui se rappelle avoir eu des accidents de même nature quelques années avant. Appelé le surlendemain, je suis obligé de parler très sévèrement pour imposer la diète et le repos au malade qui a 38° de température et dont l'état de l'abdomen, sensibilité à droite, tension et léger ballonnement, me fait porter le diagnostic très probable d'appendicite. L'affection paraît évoluer normalement, la fosse iliaque droite s'empâte, l'empatement s'étale vers la ligne médiane, le toucher rectal est négatif, la fièvre continue sans grande exacerbation, et 10 jours après le début des accidents, au moment où se pose la question d'intervention contre un abcès appendiculaire certain, la tumeur disparaît brusquement et le malade urine pendant une journée un vase de pus facilement reconnaissable et d'odeur infecte. Un bien-être complet succède à cette évacuation de pus dans la vessie; la fièvre tombe complètement, les urines sont de nouveau claires et normales, le ventre est souple, l'empatement a diminué au point de n'être plus que difficilement perceptible. Néanmoins, cette amélioration n'est pas durable. Quelques jours après, l'empatement iliaque reparait, devient plus saillant, forme une tumeur plus limitée siégeant à droite et se rapprochant de la ligne médiane. Le pus reparait dans l'urine, non plus à chaque miction, mais à intervalles irréguliers : les urines sont claires et limpides pendant 24 ou 36 heures, puis survient une miction paraissant exclusivement composée de pus. L'état général du malade devient mauvais. Les sueurs sont abondantes, son teint prend la pâleur des grands infectés et brusquement après un frisson, survient une température de 40° 5.

L'abcès abdominal est incisé le 9 janvier 1911. Il est volumineux et renferme environ un demi-litre de pus. Sur la paroi externe de cette vaste poche, je suis assez heureux pour reconnaître l'appendice perforé et pour pouvoir l'isoler et l'enlever complètement. La poche est nettoyée et largement drainée puis soigneusement bourrée avec de la gaze stérilisée. Le fait intéressant à relever dans l'évolution et la guérison de ce gros abcès, c'est qu'à aucun moment il n'a quasiment pas suppuré. Les drains d'abord, puis les mèches étaient renouvelés tous les deux ou trois jours, et il n'y avait pas de suppuration. Toutefois la poche ne se combla que lentement et la guérison de la plaie abdominale ne fut complète que dans les premiers jours d'avril.

Dès le début, il fut évident que l'irruption du pus dans la vessie n'avait point été inoffensive, mais avait au contraire entraîné des phénomènes de pyélo-néphrite. Bien qu'à aucun moment, il n'ait été possible de découvrir un changement de volume dans l'un ou l'autre rein, bien qu'on n'ait jamais pu déterminer de phénomènes douloureux dans la région, les accès de fièvre irréguliers, la continuation d'un état général défectueux, mauvais, malgré l'absence de suppuration locale au niveau de la plaie abdominale, enfin et surtout l'état des urines ne permettaient point de mettre en doute l'infection pyélo-néphrétique.

Il a fallu plus d'un an à ce malade pour recouvrer l'intégrité de sa santé et de ses forces et la disparition complète de toute trace de pus dans son urine.

L'examen des urines fait par M. Pancier le 9 février 1911 a mis en évidence des cylindres granuleux, des cellules épithéliales pavimenteuses, rondes et caudales, des cellules rénales, de très nombreux leucocytes et des bactéries.

Obs. 51. — (Résumée) Roux. — *Appendicite iliaque suppurée. Incision de la poche purulente. Les phénomènes inflammatoires ne s'amendent pas. Symptômes de pyélite et de cystite par ouverture de l'abcès dans les voies urinaires. Sable dans les urines.* — Mme H... 60 ans, pérityphlite en 1880.

Le 11 février 1866, coliques, selle abondante, syncope après un dîner de choux; région iléo-cæcale douloureuse à la pression.

Opium, diète.

Fin mars, douleurs à l'épigastre et à la région iléo-cæcale.

Le 4 avril 1886, 60 grammes d'huile de ricin; région iléo-cæcale encore plus douloureuse: ballonnement. Le 7, lavement, quelques fèces. Le 8, pas de selle ballonnement, douleurs. Lavement galvanique avec interruption; pôle négatif dans le rectum, 30 à 36 milliampères, sans effet. Nausées. Toutes les 3 heures, calomel 30 centigrammes, poudre et extrait de belladone de chaque 15 milligrammes, glace à l'intérieur. Une forte selle à la deuxième poudre.

Le 5 avril, le calomel était continué; douleur subite et violente dans la région cæcale, qui s'étend à l'épigastre, au nombril.

Ballonnement: on admet une perforation. Le 10, pouls 120.

La péritonite ne s'est pas étendue, fœtor et goût pourri.

Le soir, pouls 132, température 37°5. Rétention d'urine.

Le 11, douleur subite dans l'abdomen, percussion douloureuse partout, pouls mauvais; facies péritonéal.

Opération. — Sans narcose, vu l'état de la malade. Incision oblique; beaucoup de pus. On décolle les adhérences; il sort du sérum trouble en assez grande quantité. Drainage du péritoine et de l'abcès séparés. Morphine, le soir. Pouls 136, ballonnement.

Le 12 ballonnement énorme, semble *ad exitum*.

Dans la nuit dégagement subit après pétécarade horriblement puante; ventre souple, indolore, sauf au moment des flatus.

Le 14, mieux; pus glaireux par le drain. Le 17, ventre détendu. Dans la nuit du 18 au 19, crise suraiguë de cystite, urine trouble, alcaline, avec des quantités innombrables de streptocoques, sans albumine, ténésme intense, etc. Lavages boriqués, soulagement.

Le 26, la fistule est fermée. La cystite réapparaît (ténésme, pyurie) le 8 juin, avec grossier sable et douleurs dans le rein droit. Le sable est composé de phosphate. Le 21 juin, les douleurs rénales à droite recommencent après un bien-être de plusieurs jours et des symptômes de cystite et de pyélite plus ou moins.

Le 24 juillet, accès de cholélithiase, 40°. Pouls: 144, ictère, selles décolorées. En août, sable dans l'urine. En octobre, la malade qui a continué ses lavages vésicaux, a fait de grands progrès.

Sable dans les urines. Bon appétit, se lève, travaille, HCl à l'intérieur depuis trois mois.

Le 21 décembre, crise nouvelle de cholélithiase. Ictère.

A la fin de l'année, guérison relative, engraisse, travaille.

En juin 1889, nouvelle crise vésicale, avec vaginite douloureuse.

Dans la cicatrice, la paroi abdominale a cédé et laisserait former une hernie.

Remarque. — Cette observation, qu'on pourrait intituler péri-typhlite compliquée nous montre une malade chez laquelle l'intervention tardive est arrivée lorsqu'une communication avec les voies urinaires était sur le point de se former et n'a pas empêché celle-ci d'avoir lieu quand même. Quant à la cholélithiase sur l'existence de laquelle l'observation plus détaillée ne laisse aucun doute, nous la considérons comme une conséquence éloignée de

la pyélite, et non comme un accident immédiat. Toutefois, il est pour nous hors de doute que sans l'incision et l'évacuation du pus, la malade n'eut pas vécu jusqu'à la perforation de l'abcès dans le bassin ou l'uretère : l'état dans lequel nous l'avons trouvé le 11 avril 1886 faisait du pronostic une question d'heures, si bien que la durée de son rétablissement, les complications survenues, les douleurs supportées et l'existence d'une disposition à la hernie ventrale ne sont pas à mettre en parallèle avec la guérison spontanée, mais avec la mort à brève échéance qui n'eut certes pas épargné une personne de cet âge.

c) Calculs vésicaux.

Obs. 52. KINGDON W. — *Un cas de fistule vésico-intestinale.* — Garçon de 7 ans qui souffre, au commencement de 1836, de rétention d'urine : apparition à l'orifice urétral d'un lombric qui était extrait par l'enfant lui-même; retour de la miction.

Un an après, les mêmes phénomènes reparaissent ainsi qu'en octobre 1838 et en janvier et avril 1839. Après les sorties répétées des lombrics par l'anus, surviennent les phénomènes suivants : douleur violente dans la région de la vessie; urines purulentes; puis, passage de l'urine avec les selles. Fièvre élevée et continue; dépérissement; épuisement extrême et mort le 15 novembre 1839.

Autopsie. — Appendice descendu dans le petit bassin; à un pouce au-dessus de son extrémité inférieure, il adhère à la partie supérieure et latérale de la vessie. Celle-ci est petite et contractée autour d'un corps dur reconnu pour une pierre, long de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ et ayant 2 centimètres $\frac{3}{4}$ de circonférence. Parois vésicales très épaisses et s'opposant presque entièrement au passage de l'urine dans la direction de l'urèthre; ulcérations de la muqueuse vésicale juste au niveau de l'orifice de l'urèthre. Un peu au-dessus, la vessie communique avec l'appendice vermiciforme par deux orifices fistulaires séparés l'un de l'autre par une étendue bien mince. Dilatation considérable des uretères et hypertrophie des reins. Au centre de la pierre, on trouve une grande éponge.

Le diagnostic de calcul de la vessie ne fut pas fait *in vivo*.

Obs. 53. — GOODE HENRY. *Case of abscess forming a fistulous opening between the bowel and the bladder.* — Il s'agit d'un jeune garçon qui avait avalé une épingle, laquelle s'était fixée dans l'appendice. Elle provoqua des adhérences entre l'appendice et la paroi postérieure de la vessie, pénétra à l'intérieur de cet organe et devint le noyau de formation d'un calcul qui amena quelques troubles. La fistule appendico-vésicale qui en résultat, fut rebelle à tous les traitements employés. Elle était accompagnée de phénomènes de toux et de vomissements qui ne cédaient à aucune médication et, l'enfant mourut en quelques jours, deux ans après le début de son affection.

A l'autopsie, on trouva de vieilles et nombreuses adhérences des anses intestinales au-dessous de l'ombilic. Le cæcum et une partie de l'iléon étaient adhérents à la face péritonéale de la vessie. L'extrémité de l'appendice vermiforme présentait une partie qui ressemblait, vue de face, à un mamelon. Derrière la vessie et dans la cavité pelvienne, on trouva une masse résistante de six à sept pouces de diamètre et constituée par un gros abcès. Cet abcès intéressait la vessie, la partie inférieure du cæcum et la partie avoisinante de l'iléon. Un trajet fistuleux faisait communiquer l'abcès avec le cæcum et l'iléon. A la partie inférieure, le sac de l'abcès s'ouvrait dans la vessie, par une petite ouverture suffisamment large pour admettre le libre passage d'une sonde : l'orifice fistuleux siégeait à la partie postérieure de la vessie entre les deux orifices urétéraux. Muqueuse vésicale saine.

Obs. 54. — KRACKOWISER. *Fistule appendiculo-vésicale. Calculs.* (Résumée). — A l'âge de 8 ans, le sujet enleva de son urèthre un ver encore vivant. Quelques années après, nouveau ver et des graines d'airelle. L'urine était claire, quelques sensations pénibles à l'urèthre et au périnée. Le malade se marie. Symptômes de calculs vésicaux. Les selles deviennent urineuses; mucosités, sang, flocons fibrineux, ténésme rectal et vésical. Taille latéralisée permet d'extraire 9 calculs. Mort 5 jours après.

Autopsie. — Appendice fixé par des adhérences anciennes à la face postérieure et latérale de la vessie. Ouverture vésicale à un pouce de l'orifice de l'uretère droit. Elle admettait une bougie de moyenne grosseur qui arrivait dans le cæcum à travers l'appen-

dice. Le trajet fistuleux était long, anfractueux et fermé par une valvule qui ne permettait pas aux matières fécales de tomber dans la vessie.

Obs. 55. — FOWLER G.-R. *A case of fecal communication with the bladder with resulting calculus, following appendicitis.* — Homme de 62 ans, qui entre à l'hôpital Brooklyn, le 4 mars 1895.

Il y a douze ans, il fut pris soudainement d'une douleur abdominale constrictive, suivie de nausées et de vomissements. Les douleurs furent ressenties d'abord à l'épigastre, puis à la région iliaque droite. Le malade reste au repos au lit pendant plusieurs semaines avec fièvre et anorexie. Enfin, une quantité de pus sortit avec l'urine : après cela, vient un apaisement de symptômes. Bientôt après, il commença à rendre des matières fécales avec l'urine. Depuis la première apparition de ce symptôme, il souffrait d'une cystite chronique avec des exacerbations aiguës passagères. Un an avant l'admission à l'hôpital, ces symptômes s'aggravèrent beaucoup : douleur vive au périnée et au pubis ; dysenterie, irritation vésicale. Tous ces phénomènes forcèrent le malade à garder le lit pendant plusieurs des derniers mois. Dysurie fréquente occasionnée par les matières fécales s'engageant dans l'orifice vésico-urétral.

Dernièrement même, arrêt subit de la miction caractéristique pour le calcul vésical. Au moment de son admission, le malade est très affaibli. Taille vésicale pour enlever le calcul phosphatique gros comme une noix et la nettoyer des fèces qu'elle renferme. On trouve la partie latérale droite du fond vésical adhérente aux tissus avoisinant le cæcum ; pas de néoplasme. On ne fit pas la laparotomie, à cause de l'affaiblissement du malade. Le malade se rétablit rapidement et quitta l'hôpital quelques semaines après, avec un tube de drainage supra-pubien. Un peu plus tard, le malade ne présentait plus aucune trace de la maladie antérieure.

Il semble hors de doute, ajoute l'auteur, que la communication vésico-intestinale était due à un abcès appendiculaire ouvert dans la vessie et l'intestin.

Obs. 56 (Résumée). — LEPLAT et MASSON. *Appendicite calculeuse ouverte dans la vessie. Pyurie intermittente. Laparotomie. Guérison.* — X..., 30 ans, comptable, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 25 février 1896. Blennorrhagie et orchite dans sa jeunesse. Influenza sérieuse en 1888. (Céphalalgie, douleurs abdominales, constipation, puis diarrhée).

En novembre 1894, douleur dans l'aîne droite. Le malade est obligé de se coucher. Fièvre, constipation, purgatif.

Le 16 novembre (huit jours après le début), le médecin appelé pense à une inflammation intestinale (purgatifs, cataplasmes). A quelques jours de là, il découvre dans la région hypogastrique une petite tumeur du volume d'un œuf qu'il pensa être un abcès; celui-ci s'ouvrit dans la vessie trois semaines après le début des accidents.

Le malade s'aperçut alors qu'il émettait du pus à la fin de ses mictions.

Les phénomènes inflammatoires s'amendèrent. Toutefois des crises douloureuses se reproduisirent tous les 15 jours, puis plus fréquemment. Ces douleurs débutaient dans la région inguinale droite, elles s'irradiaient dans le reste de l'abdomen, durant, un, deux ou trois jours et disparaissaient lorsque le malade avait rendu avec l'urine du pus blanchâtre ou blanc rougeâtre (un dé à un demi-verre) pendant deux ou trois jours aussi.

Les pressions de l'abdomen donnaient les mêmes phénomènes (douleurs, pyurie).

Le malade reprit momentanément ses occupations, mais il fut obligé de les interrompre.

Examen du malade à l'entrée : au-dessus de l'arcade de Fallope droite, tuméfaction douloureuse, dure, bosselée, semble en contact avec la région vésicale (grosse comme une pomme). Toucher rectal donne au-dessus de la prostate une tumeur dure, mamelonnée que le palper bimanuel montre bien être en connexion avec celle qu'on sent par le ventre. Le lendemain de cette exploration, douleur, pyurie (pus bien lié jaunâtre).

Opération le 29 février. Incision verticale latérale. L'épiploon vient se fixer d'une tumeur très dure sise au-dessus de l'arcade de Fallope, près de la vessie (section et ligature de l'épiploon). La tumeur est constituée en avant par le cæcum; en dedans, elle

adhère fortement à la face latérale de la vessie; en bas elle est collée à l'arcade de Fallope; en dehors et en arrière au détroit supérieur du bassin et à la fosse iliaque.

Nulle part, on ne trouve trace d'appendice. La dureté de la masse est ligneuse, non mobilisable, non décollable sans déchirure des organes, — grosse comme le poing. Elle se prolonge dans la cavité pelvienne.

Pour donner du jour, on fait à la paroi abdominale une incision transversale d'une dizaine de centimètres, perpendiculaire à la première qu'elle rencontre dans son tiers inférieur arrivant en dehors jusqu'à l'épine antéro-supérieure.

On tente de décoller la tumeur sur quelques points de la périphérie.

On est obligé d'inciser fortement dans le tissu fibreux néoplasique.

Cette incision s'écarte autant que possible de l'intestin. En décollant avec le doigt, le chirurgien sent un corps extrêmement dur, du volume d'une grosse noix, situé dans cette région. Il l'extirpe doucement avec une pince et reconnaît une pierre de forme oblongue (à l'analyse, calcul fécaloïde). Il reste une cavité un peu fongueuse, sans pus, du volume d'une pomme qu'on nettoie à la curette. Malgré les explorations avec la sonde cannelée, on ne trouve aucune communication avec la vessie; on constate une adhérence très intime de la largeur d'une pièce de 5 francs avec la face latérale droite du réservoir urinaire.

Dans la cavité para-intestinale, un orifice d'un centimètre carré environ, d'aspect muqueux, pourrait être en communication avec l'appendice introuvable d'ailleurs. Il fallait borner là l'intervention. Drainage gaze iodoformée, trois plans de suture.

Les jours suivants, état satisfaisant : éructation, douleur vive au creux épigastrique, glace. On retire peu à peu chaque jour la gaze iodoformée.

A partir de l'intervention, on n'a plus observé de trace de pus dans les urines, ni de crise douloureuse vésicale. Il reste à la paroi un orifice dont la guérison n'est plus qu'une question de jours.

Il est probable que le calcul s'est développé dans l'appendice, qu'il a évolué silencieusement. Il y a eu perforation, chute et

enkistement des calculs dans le péritoine ; puis l'abcès péritonéal s'est ouvert dans la vessie, tandis que se fermait la communication intestinale.

Obs. 57. — JERVELLE. *Appendicite s'étant ouverte dans le réservoir urinaire. Calcul vésical consécutif.* — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans.

D'après les dires de sa mère, la malade avait présenté entre 4 et 10 ans, à quatre reprises différentes, des phénomènes d'inflammation intestinale. Pendant l'intervalle et depuis, on avait aussi remarqué chez elle des symptômes vésicaux : urines troubles, à odeur infecte. Il y a un mois, elle mangea une bouillie d'avoine ; ses urines immédiatement examinées par un médecin, contenaient le péricarpe de cette céréale, en même temps que de nombreuses et microscopiques cellules végétales.

Par le palper abdominal et le toucher rectal combinés, on constata une tumeur située à droite de la vessie, et se prolongeant sur sa face postérieure. A l'examen cystoscopique, on pouvait de plus apercevoir toujours au même endroit, sur la paroi droite de la vessie, un petit corps du volume d'une noisette, qu'on a pris pour une excroissance polypiforme. C'était un calcul, que le malade expulsa spontanément sept jours après son entrée ; il était composé de couches concentriques, et contenait dans deux points différents, à son centre, des pépins de fruits.

On s'arrêta comme diagnostic probable à une communication entre le réservoir urinaire et l'appendice vermiculaire.

Opération. — Laparotomie dans la position de Trendelenbourg.

L'appendice apparut comme une corde tendue entre la paroi droite de la vessie et le cæcum. On le réséqua et on sutura les ouvertures. Les suites opératoires furent excellentes ; les urines redevinrent claires ; tous les symptômes disparurent.

APPENDICE

Au moment de livrer notre ouvrage à l'impression, nous recevons deux nouvelles observations dues à l'obligeance de MM. Chazarain pour l'une, Moulonguet et Bax pour l'autre; nous nous excusons de ne pas les mettre en bonne place. Elles ne font que confirmer nos conclusions.

Obs. (Inédite). — CHAZARAIN (d'Amiens). *Appendicite rétro-vésicale. Pyurie sans phénomènes de cystite.* — Mme X... de Rue (Somme) est prise en juin 1911 de douleurs dans la fosse iliaque droite et de phénomènes vésicaux (fréquence des mictions, pyurie, ténésme). En même temps, elle présente le syndrome péritonéal (douleurs, vomissements, défense de la paroi abdominale, etc.). Le médecin traitant met cette malade à la diète, au repos avec glace sur l'abdomen. Trois semaines après, on la transporte au Pavillon Duvauchelle à Amiens pour l'opérer.

Etant donnés les antécédents, nous avons pensé à une appendicite rétro-vésicale. Nous faisons une laparotomie médiane sous-ombilicale (position de Trendelenbourg).

Le ventre ouvert, nous tombons sur une zone d'adhérences intestino-épiploïques unissant le dôme vésical au cæcum et au grêle; nous libérons assez difficilement un appendice gros, turgescents, plein de pus, accolé à la vessie, mais ne communiquant pas avec elle. Le péritoine péri-cæcal étant friable, l'épiploon voisin étant enflammé, il nous est impossible d'enfouir le moignon appendiculaire (inconvenient qui ne nous échappe pas) : nous drainons, et la malade guérit opératoirement, mais elle garde une fistule appendiculaire qui existe encore sept mois après l'intervention. Cette fistule coïncide avec des phénomènes vésicaux : pyurie intermit-

tente, mais pas de cystite au sens clinique du mot. Nous engageons vivement la malade à se faire opérer à nouveau; nous nous proposons de pratiquer un enfouissement du moignon appendiculaire, suivi d'une autoplastie épiploïque et d'un cloisonnement pelvien.

Obs. (Inédite). — MOULONGUET ET BAX *Abcès appendiculaire ouvert dans l'intestin, puis dans la vessie.* — Mme F..., 32 ans, présente le 28 mai 1912, une crise subaiguë (d'appendicite température élevée, douleurs dans la fosse iliaque droite, pas de vomissements, pas de constipation). Repos, glace.

Le 31 mai, la température baisse. Le 5 juin, nouvelle ascension de la température qui reste en plateau aux environs de 38° à 39°.

Le 8 juin, le Dr Moulonguet constate l'existence dans le ventre d'une masse inflammatoire volumineuse. Cette tumeur est située dans la fosse iliaque droite et s'étend dans la région sous-ombilicale jusqu'à la ligne médiane; elle remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le 10 juin, évacuation par l'intestin d'environ 400 à 500 grammes de pus. La température baisse, les douleurs diminuent et la palpation permet de reconnaître que la masse inflammatoire a diminué d'étendue; sa limite supérieure se trouve maintenant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Apyrexie complète pendant deux jours.

Le 13 juin, nouvelle poussée de température; la malade se plaint de douleurs très nettes en urinant; légère pollakiurie, l'urèthre est douloureux au toucher vaginal. A 5 heures du soir, les urines de la malade sont mélangées d'un pus fétide; pendant les heures suivantes, les urines sont toujours purulentes, sauf une miction tout à fait claire dans le courant de la nuit.

Le 14 juin, intervention: incision de Roux; ouverture d'un phlegmon appendiculaire situé dans la région médiane de l'abdomen derrière les muscles droits. On pose un gros drain dans l'abcès.

Les suites opératoires ont été bonnes, et fait remarquable, dès l'intervention, les urines sont redevenues claires. L'apyrexie est complète. Le 25 juin, on retire le drain.

CONCLUSIONS

I. — Comme dans toute affection abdominale, il peut y avoir au cours de l'appendicite, des troubles vésicaux réflexes, en particulier de la rétention d'urine, sans que le foyer appendiculaire entre en contact avec la vessie. Mais les troubles graves que nous avons eus spécialement en vue, tiennent à la propagation à la paroi vésicale des phlegmons appendiculaires, spécialement dans le type pelvien de ces suppurations.

II. — Ces suppurations péri-vésicales peuvent être extra-péritonéales ou intra-péritonéales.

<i>Extra-péritonéales :</i>	{	Antérieures, phlegmons de la cavité de Retzius; ce sont les plus rares.
	{	Latérales; ce sont les plus fréquentes.
<i>Intra-péritonéales :</i>	{	Elles peuvent être latéro-vésicales, rétro-vésicales, sus-vésicales.

III. — Au cours de ces suppurations, on observe tous les degrés de la cystite : péri-cystite, cystite interstitielle, cystite totale avec ses deux modalités, catarrhale et purulente, la dernière variété (cystite purulente) s'établissant après les perforations vésicales, mais pouvant manquer même dans ce cas. La perforation vésicale peut se cicatriser complètement et on peut observer à sa place un diverticule de traction; ou bien, la fistulisation définitive s'établit. Nous avons décrit et figuré l'aspect cystoscopique de la vessie dans ces deux cas.

Consécutivement à la fistulisation vésicale, il peut se développer des calculs vésicaux; on peut aussi trouver en dehors

de la vessie et dans les trajets fistuleux des calculs d'origine stercorale, volumineux qui s'opposent à la cicatrisation d'une vessie saine en dehors de l'orifice fistuleux : nous en avons rapporté un exemple.

IV. — Cliniquement, ces diverses complications vésicales se traduisent suivant le degré de l'infection par de la rétention simple, de la dysurie, du ténesme, du catarrhe vésical, des urines troubles, ou franchement purulentes, de la stercorurie et des mictions musicales ; plus tard, si la perforation vésicale ne s'est pas oblitérée, par la formation de calculs vésicaux et parfois par l'apparition d'hématuries mortelles. On peut également observer des complications urinaires ascendantes graves (pyélo-néphrite).

V. — En présence d'une fistule vésicale, chez un malade dont les commémoratifs appendiculaires ne sont pas nets, la cystoscopie qui a révélé la fistule, pourra donner des présomptions en faveur de l'origine appendiculaire. Dans toutes les observations que nous avons pu parcourir, l'orifice fistuleux siégeait en arrière et à droite.

VI. — Dès le début d'un abcès pelvien péri-vésical, il convient d'en faire l'incision, soit par voie vaginale, soit par voie rectale, soit de préférence par voie abdominale ; quelquefois par voie combinée. On évitera ainsi les complications vésicales graves. Les troubles vésicaux, hormis la perforation, disparaissent immédiatement après l'évacuation du pus. Lorsqu'une perforation s'est établie, il faut attendre ; parfois au bout de 7 à 8 jours, la tuméfaction iliaque reprenant de l'extension, on est amené à l'inciser, et en ce cas, il faut autant que possible extirper l'appendice.

Mais en général, la lésion refroidit complètement et plus tard, lorsque le foyer suppurant est bien rétracté, on extirpe l'appendice. A ce moment, suivant que la perforation vésicale est bien ou difficilement accessible, on peut la suturer ou

l'abandonner à elle-même. La guérison complète est la règle en général. La suture par voie endo-vésicale ne serait de mise que dans les cas où la taille hypogastrique serait rendue nécessaire par la présence de calculs volumineux dans une vessie profondément infectée et rétractée sur les calculs.

Vu :

Le Président de la Thèse,
P. SEGOND

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Indication des observations citées.

I

Péricystite :

- Brun. — Communication à la *Société de Chirurgie*, 17 juillet 1895.
Gangolphe. — Thèse DORMOY (Lyon, 1897).
Gerster. — *The Boston med. and surg. journal*, 1888.
Le Filiâtre. — *Société anatomique*, Paris, 1900.
Roux. — *Revue de la Suisse Romande*, 1890.
Schwartz. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1894.

II

Cystite

- Béra. — (Thèse Paris, 1900); observation PAUCHET.

III

Perforation vésicale simple (sans cystite).

- Bazy. — Abscès pelviens ouverts dans la vessie. (*Rev. de gyn. et chir. abd.*, Paris, 1898, juin n° 3, p. 441).
Brun. — *Presse médicale*, 18 juillet 1896.
Guinard. — *Nouveau traité de Chirurgie* (LE DENTU et PIERRE DELBET). Affections de l'abdomen, p. 354.
Hallé. — *Ann. des mal. des organes génito-urin.*, Paris, 1892, p. 913.
Johnson (J.-H.). — *Medico-chir. Review*, 1837, XXVI, 197-200, analysé in *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 123.
Lutaud. — Thèse LEROY (Paris 1897), obs. X.

- Ménière. — Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. *Arch. de Méd.*, 1828.
- Münnich. — *Monatschr. f. Geburtskunde*, 1863, XXI, 269.
- Österlen Otto. — Inaug. Dissert., Berlin, 1896, in-8, 35 pages.
- Person. — Obs. person. in thèse Paris, 1906.
- Percy Allan. — A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder: recovery (*Brit. med. Journ.*, London, 1900, II, p. 1432).
- Rochester. — (*Trans. Am. med. Assoc.*, 1879, XX, 495-497).
- Salzer et Reuling. — In *Deutsche Klinik*, 1855, VII, 368.

IV

Perforation vésicale et cystite.

- Chapon. — Thèse Paris, 1900.
- Duplay. — Des fistules vésico-intestinales (*Méd. mod.*, Paris 1899, X, 33-35).
- Keen (W. W.). — *Trans. Am. Surg. Assoc. Phila.*, 1898, XVI, 243-252. — *J. Am. med. Assoc. Chicago*, 1898, I, 1108.
- Michel (G.) et Gross (G.). — Communication faite à la *Société de médecine de Nancy*, le 22 juillet 1903, in Thèse de Doct., Nancy 1903; APPUHN).
- Morgan (J.). — *Med. chir. Trans. Lond.* 1865, p. 63.
- Musham Richard. — (In *Die im Verlaufe des Blinddarmentzündung auftretenden Fisteln. Mitteil. aus. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* Léna 1903, XI, 284-308).
- Poncet. — In thèse VLADOFF (Lyon, 1898).
- Stedmann. — *The Boston med. and surgical journal*, 1888.
- Stone. — *Ann. Surg. Phila.*, 1904, XXXIX, 265-267.
- Therig. — *Centralbl. f. innere Medicin.*, 1894, XV, 97-99).

V

Perforations vésicales complexes.

- Boiffin. — Communication à la *Société de Chir.* (Bulletin de 1891).
- Davat. — *Bulletin de la Soc. Anat.* (Paris, 1873, XLVIII, 577).
- Sédillot. — *Ann. de Chir. franc. et étr.*, Paris, 1841, II, 305. *Ann. de Chir.*, p. 495, 1841.

VI

Perforations vésicales compliquées.

a) *Hématurie mortelle.*

Hallé. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1892.

b) *Pyélite et pyélonéphrite.*

Roux. — *Revue de la Suisse Romande*, 1890.

c) *Calculs vésicaux.*

Fowler (G.-R.). — *Journal of the Amer. med. Assoc.*, 1897.

Goode Henry. — *Brit. Med. Journ.*, London, 1864, II, 488.

Jervelle. — Communication à la Société de Chirurgie de Christiana. Forhandlingar i, ost. med. Selskab. 25 septembre 1895.

Kingdon (W.). — In *Medico-chir. Review*, 1842 juillet.

Krackowiser. — *The medical Record*, N-Y., 1867.

Leplat et Masson. — In thèse DAMIEN-MASSON (Paris, 1898).

Autres ouvrages à consulter.

Académie de Médecine (*Bulletins de l'*), 1896-97.

Achard. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1894

Baldwin. — *Brooklyn med. journal*, 1891.

Barnsby. — Thèse Paris, 1898.

— *Société anatomique*, 1898.

Berthelin. — Thèse de Paris, 1895.

Bouilly. — *Semaine gynécologique*, octobre 1897.

Chavannaz. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897.

Coe. — *New-York polyclinics*, 1894.

Delagenière. — *Congrès de Chirurgie*, 1897.

Dieulafoy. — *Manuel de Pathologie interne*, 1897.

— *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1898.

Dormoy. — Thèse de Lyon, 1897.

- Esnault. — Thèse de Paris, 1897.
- Fitz Reginald. — *Boston med. and surgical journal*, 1888.
- Guyon. — *Leçons cliniques*, art. miction.
- Jonnesco. — *Traité d'Anatomie* de POIRIER.
- Koersch. — De la péricystite (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, février 1897).
- Lafforgue. — *Journal international d'Anatomie*, 1893.
- Lancien. — Thèse de Paris, 1899.
- Leguen. — *Société anatomique*, 1892.
— *De l'appendicite*, 1897.
- Monod et Vanverts. — *De l'appendicite*, 1897.
- Nichl. — Thèse Munich, 1892.
- Person. — Thèse Paris, 1906.
- Piard. — Thèse Paris, 1896.
- Poirier. — *Traité d'Anatomie*.
- Pozzi. — *Société de Chirurgie*, 1888 et 1890.
- Reclus. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1896.
- Reise. — Thèse LANCIEU, Paris, 1899.
- Routier. — *Société de Chirurgie*, 1895.
- Terrier. — *Société de Chirurgie*, 1890.
- Testut. — *Traité d'anatomie*.
- Tillaux. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1897.
— *Leçons de clinique chirurgicale*, 1895, rédigées et publiées par le Dr THIERRY.
- Trèves. — *British medical Journal*, 1885.
- Tuffier. — Absès prévésicaux par appendicite. *Semaine médicale*, Dec. 1894.
— *Archives générales de Médecine*, 1887.
- Tuffier et Dumont. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*. Mai-juin, 1898.
- Velten. — Thèse de Lyon, 1895.
- Vladoff. — Thèse de Lyon, 1898.

COULOMMIERS

Imprimerie DESSAINT ET C^{ie}

359

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

